



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Enfermería

**Conocimientos y actitudes sobre el cuidado del
paciente crítico en proceso de agonía en estudiantes de
la segunda especialidad en enfermería intensivista 2017**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería
Intensivista

AUTOR

Melani Katalin ZARATE FLORES

ASESOR

Marisol VILLAFUERTE FERNÁNDEZ

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Zarate M. Conocimientos y actitudes sobre el cuidado del paciente critico en proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad en enfermería intensivista 2017 [Trabajo de investigación de segunda especialidad]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.

1231



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE POSTGRADO



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

INFORME DE CALIFICACIÓN

LICENCIADA (O) : ZARATE FLORES MELANI KATALIN ✓

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN: "CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO EN PROCESO DE AGONIA
EN ESTUDIANTES DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA
INTENSIVISTA 2017". ✓

ESPECIALIDAD : ENFERMERIA INTENSIVISTA

Lima, 05 de octubre de 2017 ✓

Señor Doctor
JUAN MATZUMURA KASANO
Vice Decano de Investigación y Post Grado
Facultad de Medicina Humana -UNMSM

El Comité de la especialidad de ENFERMERÍA INTENSIVISTA ha examinado
el Trabajo de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado con
nota de:

16 (DIECISEIS)

Marisol Villafuerte Fernández
Marisol Villafuerte Fernández
Lic. EN ENFERMERÍA
C.E.P. 34766

LIC. ESP. MARISOL VILLAFUERTE FERNANDEZ



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
Unidad de Post Grado

Carmen Rosa del Carmen Ramos
LIC. CARMEN ROSA DEL CARMEN RAMOS
Programa de Segunda Especialización en Enfermería
Coordinadora

Mary

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL
CUIDADO DEL PACIENTE CRITICO EN PROCESO
DE AGONIA EN ESTUDIANTES DE LA SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA INTENSIVISTA 2017**

DEDICATORIA:

A mis padres WILDER Y MARTA por su amor infinito y apoyo incondicional, por su confianza y creer siempre en mí, por haberme inculcado valores y recordarme que las cosas se hacen con mucho amor.

A mis hermanas, EVELIN por ser mi ejemplo a seguir, JHAYRA por sus consejos alentadores, MILAGROS por motivarme a ser mejor cada día.

A mí amado JOSMEL, porque a pesar de la distancia siempre estás ahí alentándome a ser mejor cada día.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi guía constante, por no soltar mi mano en los peores momentos y darme las fuerzas necesarias para superar los retos del día a día.

A mis padres y hermanas por hacer realidad mis sueños, por su apoyo incondicional en el logro de mis aspiraciones y metas.

A la LIC. ENF. MARISOL VILLAFUERTE FERNÁNDEZ por su dedicación, paciencia, apoyo y conocimientos brindados en la elaboración y ejecución del presente estudio de investigación.

A cada uno de los docentes de la segunda especialidad de enfermería intensivista de la UNMSM que contribuyeron en mi formación profesional y personal.

A mis amigas, y compañeras de la segunda especialidad de enfermería intensivista que me enseñaron el verdadero valor de la amistad y apoyaron en la ejecución del presente estudio de investigación.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTO	4
ÍNDICE GENERAL	5
ÍNDICE DE GRÁFICOS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
PRESENTACIÓN	10
 CAPITULO I: INTRODUCCION	
1.1. Situación problemática	11
1.2. Formulación del problema	18
1.3 Justificación.....	18
1.4. Objetivos	19
1.4.1. Objetivo General.....	19
1.4.2. Objetivos Específicos	19
 CAPITULO II: MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes	20
2.2. Bases teóricas.....	27
2.3. Definición operacional de términos.....	48
2.4. Planteamiento de hipótesis.....	49
 CAPITULO III: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y diseño de la investigación	50
3.2. Lugar de estudio.....	50
3.3. Población de estudio	51
3.4. Criterios de selección	51
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	52
3.6. Procedimientos para el análisis e interpretación de la información	52
 CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados	54
4.2. Discusión	61

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones	68
5.2. Recomendaciones	69
5.3. Limitaciones	70

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
---	-----------

ANEXOS.....	
--------------------	--

INDICE DE GRAFICOS

Grafico		Pág.
1	Conocimientos sobre el cuidado del paciente critico en proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.	55
2	Actitudes sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.	56
3	Conocimientos sobre el cuidado del paciente crítico según la dimensión proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.	57
4	Conocimientos sobre el cuidado del paciente crítico según la dimensión cuidados en el proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.	58
5	Actitudes sobre el cuidado del paciente crítico según la dimensión proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.	59
6	Actitudes sobre el cuidado del paciente crítico según la dimensión cuidados en el proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.	60

RESUMEN

AUTOR: MELANI KATALIN ZARATE FLORES

ASESORA: MARISOL VILLAFUERTE FERNÁNDEZ

El objetivo fue Determinar los conocimientos y las actitudes sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía en los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017. Material y método: El estudio fue de tipo cuantitativo, porque permite asignar un valor numérico a la variable de estudio, nivel es aplicativo; método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 35 licenciados (as) en enfermería estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista – UNMSM. La técnica fue la encuesta y como instrumentos un Cuestionario estructurado para determinar los conocimientos y una Escala de Likert para determinar las actitudes, que se aplicaron previo consentimiento. Resultados. Del 100%(35), el 83% (29) de los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva conoce los cuidados del paciente en proceso de agonía y el 17% (6) no conoce y en cuanto a las actitudes el 91% (29) de los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva, tiene actitudes favorables hacia el cuidado del paciente en proceso de agonía y el 9% (3) actitudes desfavorables. Conclusiones: Existe un alto porcentaje de estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva, que conoce y tiene actitudes favorables hacia los cuidados del paciente en proceso de agonía y así como también se evidencia un porcentaje considerable que no conoce, el cual limitará a esta población a actuar con conocimientos sobre el cuidado del paciente en proceso de agonía.

PALABRAS CLAVES: Conocimiento, Actitud, cuidado, paciente critico en proceso de agonía.

ABSTRACT

AUTOR: MELANI KATALIN ZARATE FLORES

ASESORA: MARISOL VILLAFUERTE FERNÁNDEZ

The objective was to determine the knowledge and attitudes of the students of the second specialty of intensive nursing - San Marcos on the patient care critical in the process of agony, in the intensive care unit - 2017. Material and method: the study was quantitative type, because it allows to assign a numeric value to the variable of study, level is application; method descriptive simple of cutting cross. The population was formed by 35 licensed (as) in nursing students of the second specialty of nursing intensive-UNMSM. The technique was the survey and as a structured questionnaire to determine knowledge and a Likert scale to determine attitudes, which applied prior consent. Results. 100% (35), 83% (29) of the students of second intensive nursing specialty know the care of the patient in the process of agony and 17% (6) not known and in terms of attitudes 91% (29) of the second intensive nursing specialty students, has favorable attitudes toward the care of the patient in the process of agony and 9% (3) unfavorable attitudes. Conclusions: There is a high percentage of students from the second specialty of intensive nursing, who knows and has favorable attitudes toward the care of the patient in the process of agony, and as well as also evidenced a significant percentage that does not know, which limited to this population to act with knowledge about the care of the patient in the process of agony.

Keywords: knowledge, attitude, careful, patient critic in agony.

PRESENTACIÓN

Los enfermeros son quienes están continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas y esto sin duda representa una dificultad. Al respecto K. Eissler pregunta ¿Qué es realmente difícil, morir o presenciar la muerte?, a algunos esta pregunta les puede parecer cínica o hipócrita; sin embargo, tiene su justificación cuando se mantiene un contacto íntimo con los moribundos. Y es que la presencia de la muerte remueve las actitudes del personal sanitario y, recíprocamente, esas actitudes influyen positiva o negativamente en el cuidado del paciente y de sus familiares. Sin embargo, desde la formación los enfermeros no están preparados para afrontar el morir y la muerte de sus pacientes (Yagüe Frías & García Martínez, 2010). Y esta realidad no sólo obedece a lo que vive el enfermero; sino que también es necesario mirar desde quienes son los protagonistas principales de este proceso.

El presente estudio titulado “conocimientos y actitudes sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017”, tuvo como objetivo Determinar los conocimientos y las actitudes sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía en los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, en la unidad de cuidados intensivos – 2017.

El estudio consta de; Capítulo I. Introducción, el que contiene la situación problemática, formulación del problema, justificación, objetivos. Capítulo II. Marco Teórico, que expone los antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo III. Metodología, que incluye el tipo y diseño de la investigación, lugar de estudio, población de estudio, unidad de análisis, criterios de selección, técnica e instrumento de recolección de datos; procedimientos para el análisis e interpretación de la información y consideraciones éticas. Capítulo IV. Resultados y Discusión, Capítulo V. Conclusiones, Recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I: INTRODUCCION

1.1. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La medicina intensiva como especialidad tiene la misión de innovar terapias que salven la vida de enfermos, que sin éstas y con los cuidados estándares de atención hospitalaria morirían. A pesar de los avances tecnológicos y terapéuticos que se han logrado en los últimos años en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), las tasas de mortalidad de acuerdo a diferentes series son de 6% a 40%, lo que depende de la gravedad de la enfermedad y del grupo de enfermos atendidos. Subgrupos especiales que incluyen a enfermos con cáncer, sepsis o síndrome de insuficiencia respiratoria aguda, tienen en especial altas tasas de mortalidad y en los pacientes con ventilación mecánica la mortalidad es de 50 a 60%. En el estudio SUPPORT (The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risk of Treatments) que analizó la población de 5 grandes centros médicos con enfermedades avanzadas, la mitad de las muertes se presentaron en la UCI. En el estudio de Wennberg y Cooper de enfermos beneficiarios del Medicare, se demostró que 25% de toda la población que fallece requiere en sus últimos 6 meses de vida de por lo menos un ingreso a la UCI. En el estudio publicado por Dereck Angus se reporta que más de 50% de los 540,000 pacientes que se hospitalizaron en su fase terminal murieron dentro de la UCI, lo que representa que 1 de cada 5 americanos mueren dentro de las UCI. De lo anterior se desprende que las UCI no solamente brindan

cuidados curativos, sino que también es donde se requiere de una gran cantidad de procedimientos y cuidados paliativos y es el lugar donde se toman más decisiones relacionadas al final de la vida, lo que ha cambiado radicalmente el modelo de atención médica, del paternalismo y toma de decisiones unilaterales, al de autonomía y autodeterminación del enfermo y familiares, lo cual ha impactado en la limitación del uso de tecnologías que prolongan la muerte más que facilitar la recuperación. De esta manera la medicina paliativa debe conformarse como parte fundamental del modelo de atención en los enfermos graves, pues desde su ingreso a la UCI se presenta una estrecha interrelación entre las medidas implementadas tendientes a la curación del enfermo y la paliación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los cuidados paliativos como el cuidado integral de los pacientes cuya enfermedad no es susceptible a tratamiento curativo. El control del dolor y otros síntomas, así como el abordaje que integre los aspectos psicológicos, sociales, espirituales y familiares son fundamentales para la paliación y están encaminados a mejorar la calidad de vida de los pacientes y su bienestar, así como la interrelación del equipo médico con los familiares.

Los cuidados paliativos en la Unidad de cuidados intensivos están encaminados al manejo del dolor y otros síntomas (delirio, disnea, tos, etc.). Afirman el concepto de vida y definen a la muerte como un proceso natural; No intentan retardar o acelerar el proceso de muerte; Integran al apoyo psicológico y espiritual al proceso de atención; Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar al paciente a vivir activa y dignamente hasta su muerte; Apoyan a la familia en el conocimiento de la enfermedad y del proceso de morir; Requieren de un grupo multidisciplinario; Deberán de aplicarse desde el inicio de la enfermedad y en muchas ocasiones, sobre todo en el ambiente de la UCI, están asociadas a medidas de apoyo vital. Se basan en los principios de: preservación de la vida (calidad), no maleficencia

(primero no hacer daño), máximo beneficio, autonomía de decisión, alivio del sufrimiento y distribución justa y equitativa de los recursos (Raúl, Jorge Raúl, & Luis Daniel, 2007).

Las características especiales de la UCI como espacio cerrado, altamente tecnificado y con rigurosos horarios de visitas, le adjudica a la enfermera el puesto protagonista como cuidadora del enfermo ingresado en esta área.

Los profesionales de la salud y, en especial, los enfermeros son quienes están continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas y esto sin duda representa una dificultad. Al respecto K. Eissler pregunta ¿Qué es realmente difícil, morir o presenciar la muerte?, a algunos esta pregunta les puede parecer cínica o hipócrita; sin embargo, tiene su justificación cuando se mantiene un contacto íntimo con los moribundos. Y es que la presencia de la muerte remueve las actitudes del personal sanitario y, recíprocamente, esas actitudes influyen positiva o negativamente en el cuidado del paciente y de sus familiares. Es decir, existe un feedback entre el proceso de morir y las actitudes del personal sanitario. Sin embargo desde la formación las enfermeras no están preparadas para afrontar el morir y la muerte de sus pacientes (Yagüe Frías & García Martínez, 2010). Y esta realidad no solo obedece a lo que vive la enfermera; sino que también es necesario mirar desde quienes son los protagonistas principales de este proceso: los pacientes moribundos quienes se enfrentan al final de la vida con diferentes sentimientos, sobre todo, cuando el paciente es arrancado de su entorno, de su hogar, separado de sus seres queridos, sometido a numerosas técnicas invasivas dolorosas y siente que la muerte puede estar cercana (Linares, y otros, 2007).

El enfermero es la persona que llega a conocer y detectar con mayor acierto, las necesidades e inquietudes del enfermo. Su relación es íntima, de contacto físico y emocional.

La relación enfermero – paciente es el “eslabón humano” que enlaza la cadena interminable del complejo manejo del paciente terminal. Su actitud de constante preocupación por proporcionar bienestar al paciente; la coloca en calidad de “salvadora” de una muerte indigna. Es su compromiso humano el aspecto sobresaliente que imprime el respeto a su vida profesional. No son sus conocimientos sobre los avances científicos o su destreza para manejar las técnicas sofisticadas, que día a día aparecen en el mercado de la investigación médica. Es más bien, ese comportamiento sutil de comprensión, al alcance de la intuición de cualquier ser humano, lo que la hace indispensable.

Así lo expresa el escritor Jorge Orgaz: “Humanismo significa en el fondo estar imbuido de un sentimiento inteligente de los intereses humanos. El humanismo importa porque forma al hombre y enfermera deben ser humanos sobre todo” (Clemencia, 2014).

Mirando tras el lente de la experiencia puede decirse que la sobrecarga de trabajo que en ocasiones tienen que sobrellevar los profesionales de cuidados críticos; así como, el gran deterioro y dependencia de medidas de soporte vital que con frecuencia requieren los pacientes que se encuentran atravesando la etapa final de su vida son obstáculos en el esfuerzo de los profesionales de enfermería para procurarles unas condiciones adecuadas; además, la frecuencia con la que se ve morir puede llegar a “endurecer” en cierta manera e incluso puede llevar a trivializar este desenlace (José Eulogio, 2008), realidad que reclama ser sistematizada mediante la investigación científica.

Las universidades que otorgan diplomas para acreditar la carrera profesional de enfermería, no incluyen en su currículo académico los conocimientos sobre manejo del paciente terminal. No consideran primordial el estudio de la tanatología ni la enseñanza profunda de los cuidados paliativos.

Los estudiantes de enfermería, sobresalen en sus conocimientos acerca del paciente recuperable y rehabilitable. La filosofía académica está basada en prepararlos esencialmente en el manejo de una medicina curable y triunfalista. Es decir, el paciente terminal es un tema de rechazo, impregnado de ignorancia, que carece de sustentación académica. Los universitarios no han aprendido ni debatido durante la carrera, sobre el complejo tema del manejo de la agonía y finalmente de la muerte. No tienen un criterio formado para actuar proporcionalmente de acuerdo con sus conocimientos científicos y psicológicos, con la seguridad y el profesionalismo indispensable para el cuidado del paciente en estado terminal.

El tiempo dedicado a la comprensión y comunicación con el paciente, no se valora ni se estimula y tiende a malgastarse porque carece de planeación. Los momentos libres son valiosos para el personal de enfermería, cuando éste pretende disiparse del conflicto humano permanente que genera el sufrimiento de los pacientes y familiares en los ámbitos de la muerte.

La negación de la muerte, primera defensa psicológica frente al dolor, es el común denominador de esta actitud de la enfermera, como de cualquier otra persona. Sin embargo, si al personal de enfermería se le valorara por su aporte humano de comprensión con el enfermo, tanto sería su crecimiento interior personal, como efectivo para lograr un buen manejo del sufrimiento en el paciente terminal. Cícely Sanders al respecto dice: “El tiempo no es una cuestión de longitud, es una cuestión de profundidad”.

A los enfermos terminales en cuidados intensivos no se los cuida adecuadamente, pues la enfermera dedica su tiempo al cuidado del “aparataje” y la tecnología avanzada que invaden al paciente. Su contacto físico se limita a mover el cuerpo del enfermo ya sea para evitarle las escaras, bañarlo o manipular algún tubo o sonda que tenga introducido.

Las personas que laboran en Cuidado Intensivo se notan aceleradas y sobrecargadas de trabajo, deben cumplir con sus funciones a “contra reloj” para evitar la muerte de los pacientes en estado crítico.

El acercamiento a la muerte genera emociones y sentimientos de difícil manejo. La enfermera puede verse involucrada en un conflicto moral, cuando se compromete con la voluntad del enfermo. Comprender la situación del paciente que atraviesa una agonía indigna, invadida de dolor tanto emocional como físico, puede despertar en la enfermera inquietudes, ansiedades e impotencia. El hecho de involucrarse con el moribundo, fuerza a la enfermera a considerar su propia mortalidad, aumentando sus temores personales sobre la muerte. Es necesario contar con un grupo de apoyo que le permita a ella ventilar estos sentimientos. Su serenidad, criterio ético y madurez ante la muerte, son abono para el aporte humano que le brinda al moribundo (Clemencia, 2014).

La investigadora al laborar en la UCI y a la vez ser estudiante de la segunda especialidad de enfermería intensiva, observa la situación de extrema tensión a que muchas veces son sometidos el paciente como su familia, tensión que provoca susceptibilidad y nerviosismo, ya que estos son sometidos por su estado crítico a la sedación obligatoria, a la intubación endotraqueal, a procedimientos invasivos por lo que existe interferencia en su comunicación con el entorno; esto suprime los símbolos para interpretar el ambiente y para actuar en consecuencia, no logrando vencer muchas veces la muerte.

Los enfermeros verbalizamos en general que el paciente es el elemento más importante y que nuestro trabajo se debía centrar en él. En las situaciones de urgencia a veces primaban las técnicas y se olvidaban los sentimientos.

Existe mayor cantidad de actividades técnicas y a mayor gravedad del proceso, lo cual hace que haya menor comunicación y

relación con el paciente y su familia. A veces se atribuye la falta de comunicación a las dificultades que ofrece este proceso en pacientes intubados, traqueostomizados, sedados. Diversos factores hacen que en ocasiones sea muy difícil llevar a cabo esta actitud y no se presta la suficiente atención que este trance merece, privando tanto al paciente como a sus allegados de lo que puede ser una honesta aportación en una situación que no por esperada deja de ser dolorosa: formación, comunicación, medios de trabajo, coordinación de trabajo en equipo, afrontamiento de situaciones de emergencia y carga de trabajo cotidiano, capacidad de expresar los sentimientos generados por la muerte y de comunicar malas noticias, entorno de trabajo, sentimientos de fracaso y angustia en relación con la muerte de los pacientes, capacidad de actuación ante dilemas éticos, etc.

Para todos los enfermeros supone un reto el poder desenvolverse en situaciones de sufrimiento ajeno, sin implicancias emocionales hasta el punto de verse afectada su actuación y a la vez ser sensibles a las necesidades de sus pacientes y sus allegados para que su labor les reportara mayor beneficio. Así, es común que durante estos desenlaces la población percibe muchas veces actitudes negativas en ellas, dándoles los adjetivos de insensibles, sangre fría, fuerte y/o indiferente. Sin embargo, es necesario un acercamiento a su mundo y preguntarse ¿Qué sienten al tener que estar en contacto permanente con la muerte de otras personas? ¿Están preparadas para afrontar el morir y la muerte de otras personas? ¿Están las enfermeras formadas para proporcionar unos cuidados holísticos y de calidad que favorezcan el desenlace de una muerte digna? ¿Qué mecanismos utilizan para expresar y canalizar estos sentimientos y emociones ante la pérdida inminente? ¿Los cuidados que brindan son adecuados? Frente a ello, la investigadora realizó la siguiente pregunta científica, ¿Cuáles son los conocimientos y actitudes sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017?

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo anterior expuesto se formuló la siguiente pregunta ¿Cuáles son los conocimientos y actitudes sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La Enfermería, como disciplina científica y como profesión al servicio de la humanidad, tiene el compromiso de contribuir para mejorar las condiciones de vivir y de ser saludable. Esa idea puede ser facilitada por el desarrollo de la consciencia del cuidado presente en la práctica, en la enseñanza, en la teorización y en la investigación.

La relevancia del estudio radicó en poner de manifiesto los conocimientos y actitudes sobre el cuidado del paciente crítico en agonía presentes en los alumnos de la segunda especialidad de enfermería intensivista en cuidados intensivos durante su práctica profesional, que pudiesen condicionar su asistencia dentro de las unidades de cuidados críticos, con el fin de contribuir a prestar unos cuidados íntegros que garanticen la cobertura de las necesidades no solamente biológicas, si no psicológicas y sociales que se presente durante la agonía del paciente. A su vez la elaboración de dicho estudio facilitó información a las autoridades de nuestra casa superior de estudios, de los conocimientos que poseen los estudiantes sobre el cuidado del paciente crítico en agonía y así poder incluir en el plan curricular dicho tema de importancia; y a la vez realizar la autocrítica de los profesionales en cuanto a los cuidados con el fin de concienciarlos en cuanto a la influencia que puede llegar a prestar sus conocimientos y actitudes en la práctica asistencial.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Determinar los conocimientos y las actitudes sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía en los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar los conocimientos sobre el proceso de agonía en los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista.
- Identificar los conocimientos sobre cuidados en el proceso de agonía en los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista.
- Identificar las actitudes sobre el proceso de agonía en los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista.
- Identificar las actitudes sobre los cuidados en el proceso de agonía en los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

A NIVEL INTERNACIONAL

María Lesvia Hernández Sánchez, Cesar Raúl Aguilar García, el 2014, en México realizaron un estudio sobre “Conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes hospitalizados de medicina interna”. El **objetivo** fue evaluar el nivel de conocimiento del personal de enfermería sobre los cuidados paliativos en pacientes hospitalizados en un servicio de medicina interna. El **método** fue descriptivo de corte transversal. La **población** estuvo conformada por 41 enfermeras del servicio de Medicina Interna de un hospital de zona. La **técnica** fue la encuesta y el **instrumento** un cuestionario de respuesta opcional con base en el nivel de conocimientos de los cuidados paliativos de diversas patologías crónicas, llegando a la siguiente **conclusión** entre otras:

“El 80.49 % del personal tiene conocimiento sobre los cuidados paliativos y el 19.51 % no tiene los conocimientos suficientes sobre este tipo de cuidados, por lo que se requiere concientizar y capacitar a todo el personal de enfermería asignado al servicio de Medicina Interna sobre la importancia de este tema para poder brindar una atención de calidad y así evitar el sufrimiento y el dolor del enfermo terminal”.

Ana L. Soto Rodríguez, el 2011, en Puerto Rico, realizó un estudio sobre “conocimientos del personal de enfermería sobre el manejo del paciente en etapa de muerte”. El **objetivo** fue determinar el nivel de conocimiento que posee el profesional de enfermería sobre el manejo del paciente en etapa de muerte. El **método** fue exploratorio descriptivo. La **población** estuvo conformada por 20 enfermeros (as) que laboran en una institución de salud en San Juan, Puerto Rico. La **técnica** fue la encuesta y el **instrumento** un cuestionario el cual se compone de dos secciones una de datos sociodemográficos y otra para medir el conocimiento, llegando a la siguiente **conclusión** entre otras:

“El conocimiento promedio general que tiene el personal de enfermería sobre el tema del cuidado y manejo del paciente fue de 74%, lo que equivale a un conocimiento regular. El área de mayor conocimiento que posee el personal sobre el manejo y cuidado del paciente moribundo: es proveer comodidad y apoyo durante el proceso de muerte y controlar el dolor y administrar medicamentos para ello, ambas con 100%. Mientras que el área de menos conocimiento fue en desconocer cuál en la finalidad que tiene el uso de los cuidados paliativos al paciente en fase terminal con un 25%”.

Mirelle Yesenia Martínez Torres; Mary Carmen Flores Bravo, el 2010, en Mexico, realizaron un estudio sobre “Evaluación del conocimiento sobre cuidados tanatológicos y su aplicación por el personal de enfermería de un Centro Médico Nacional”. El **objetivo** fue identificar el grado de conocimientos sobre cuidados tanatológicos que posee el personal de enfermería en un Centro Médico Nacional. El **método** fue transversal, descriptivo y prospectivo. La **población** estuvo conformada por el personal de enfermería que laboraba en Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del ISSSTE en la Ciudad de México, que estuvieron dispuestos a participar en el estudio, pertenecientes al turno matutino.

La **técnica** fue la encuesta y el **instrumento** se diseñó una encuesta con 30 reactivos, diseñada ex profeso al personal de enfermería en contacto con pacientes terminales, llegando a la siguiente **conclusión** entre otras:

El 83% considera tener conocimientos básicos a medios; sólo 32% conoce el objetivo de la tanatología; 41% considera que proporciona a sus pacientes cuidados paliativos y apoyo emocional-espiritual, además de los cuidados propios de enfermería, por tanto el personal encuestado no posee los suficientes conocimientos y la aplicación de los cuidados tanatológicos, así mismo, desconoce la importancia y los beneficios que proporciona al otorgarlos al paciente en fase terminal y a la familia que atraviesa este proceso; aun la misma institución no está capacitando al personal de enfermería para enfrentar este suceso, olvidando el objetivo principal de la misma profesión, el arte del cuidado, dentro del cual se encuentra implícito el cuidado holístico, integral, de calidad, con calidez efectivo y eficaz; pautas que permiten concretar, de manera específica, los cuidados tanatológicos a los pacientes en fase terminal.

Amalia Paz, el 2009, en México, realizó un estudio sobre la “Actitud del profesional de enfermería, ante la muerte de la persona críticamente enferma”. El **objetivo** fue determinar la actitud del profesional de enfermería, ante la muerte de la persona críticamente enferma. El **método** fue descriptivo de corte transversal; la **población** estuvo constituida por 25 enfermeras que laboran en el servicio de emergencias. La **técnica** fue la encuesta y el **instrumento** fue un formulario tipo escala de Lickert. Las **conclusiones** a las que llegó entre otras fueron:

“Referente a la dimensión cognitiva arrojó con un 68% que “Nunca” pensar en la muerte es perder el tiempo, con un 68% “Nunca” las personas solo pueden pensar en la muerte cuando están viejos, el 76% “Siempre” reconoce a la muerte como un hecho inevitable donde día a día les ayuda a su crecimiento personal y el 56%

“Algunas veces” el contacto frecuente con la muerte, les ha hecho verla como algo natural”. “Respecto a la dimensión afectiva, determino que el 44% igual para “Siempre y Nunca” después de la muerte van a encontrar la felicidad, el 92% “Nunca” la muerte puede ser una salida a la carga de la vida y el 60% “Siempre” les conmueve enfrentar a las familias de los pacientes moribundos”. “Concerniente a la dimensión conductual prevaleció que el 48% “Nunca” temen a la posibilidad de contraer una enfermedad, que los conlleve inevitablemente a la muerte, el 48% “Nunca” piensan en la posibilidad de su propia muerte y por lo tanto no les genera ansiedad, el 56% “Nunca” se siente más cómoda (o) si la petición de cuidar un paciente moribundo proviene de alguien conocido, el 76% “Nunca” la muerte de un paciente los conlleva a un fracaso profesional”.

Maza Maritza, Zavala Mercedes y Merino José, el 2009, en Chile, realizaron un estudio titulado “Actitud del profesional de Enfermería ante la muerte de pacientes”. El **objetivo** fue valorar la actitud de los profesionales de enfermería ante la muerte. El **método** fue descriptivo correlacionar; la **población** estuvo constituida por 157 profesionales de enfermería de los hospitales Guillermo Grant. La **técnica** fue la encuesta, el **instrumento** tres escalas: la primera, para Características Biosociodemográficas, tomado de Tejada, adaptado por los investigadores; la segunda, Escala de Medición de Actitud ante la Muerte, creado por Urrutia, citado en Tejada, y el tercero, el Cuestionario de Actitud hacia la Muerte, adaptación de Templer. Las conclusiones a las que llegó entre otras fueron:

“Los resultados principales muestran que la edad, la preparación de pregrado acerca de la temática, la edad de su primer contacto con la muerte y los años de experiencia profesional influyen significativamente en la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. Esto permitió crear un modelo estadístico óptimo de factores predictores de la actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes” “... que es muy importante

que exista un espacio físico adecuado en los hospitales para la atención del paciente moribundo, así como también instancias de apoyo psicoemocional para los profesionales que enfrentan frecuentemente la muerte de pacientes”. “También es de relevancia, mejorar la preparación de pregrado y durante el desarrollo profesional, para reafirmar una actitud positiva que se refleje en una mejor atención y que disminuyan temores y ansiedad de las personas”.

A NIVEL NACIONAL

Jenny Álvarez Mantari, el 2010, en Lima, realizó un estudio sobre “Actitud del Enfermero(a) hacia el Proceso de la Muerte de sus Pacientes en el Servicio de Emergencias de Adultos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins”. El objetivo; determinar la dirección e intensidad de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes en la dimensión del cuidado antes y después de la muerte. **El método** fue descriptivo de corte transversal, la **población** estuvo constituida por las 39 enfermeras que laboran en el servicio de emergencias. **El instrumento** fue una escala modificada tipo Lickert. **Las conclusiones** a las que llegó entre otras fueron:

“En cuanto a la actitud a la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes del 1005 (39), 61,5% (24) tienen una actitud de indiferencia, el 20,5% (8) aceptación y 18% (7) rechazo”; “... acerca de la intensidad de la actitud 48,2%(19) tienen una intensidad moderada, 47,1% fuerte, y 4,7% (2) débil” “y la diferenciación de la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes, 74,4% (29) tienen una actitud de indiferencia en la dimensión del cuidado antes de la muerte, 59% (23) después de la muerte; 28,2% (11) tienen una actitud de aceptación después de la muerte”.

Stefani Larico Barrientos, el 2010, en Lima, realizo un estudio titulado; “Actitudes de los Estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos hacia el Cuidado Paliativo del Paciente Terminal”. El **objetivo** fue: determinar las actitudes de los estudiantes de enfermería de la U.N.M.S.M hacia el cuidado paliativo del paciente terminal. El **método** fue descriptivo transversal, la **población** estuvo constituida por 74 estudiantes. El **instrumento** fue la escala de Lickert. Las **conclusiones** a las que llego entre otras fueron:

“La mayoría de los estudiantes (62,16%) posee una actitud indiferente hacia el cuidado paliativo del paciente terminal, es decir ambivalente, inclinando al futuro profesional a la insensibilidad, la anestesia afectiva y la frialdad emocional”. “En la dimensión física y psicomocional del cuidado paliativo, la mayoría de los estudiantes 63,52% y 56,76% respectivamente presentaron una actitud de indiferencia”. “Mientras que en la dimensión espiritual del cuidado paliativo, la gran mayoría 77.03% presento una actitud de aceptación hacia el cuidado paliativo del paciente terminal, siendo esta favorable para brindar el cuidado y apoyo que necesita el paciente para encontrar una fuente de consuelo y tranquilidad en sus creencias religiosas y espirituales.”

Julia Mallma Cotrado, el 2006, en Lima, realizó un estudio sobre; “Vivencias de la enfermera en el cuidado al Paciente Moribundo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, el **objetivo** fue describir, comprender e interpretar las vivencias de la enfermera en la atención al paciente moribundo. El **método** fue cualitativo. La **población** estuvo conformada por enfermeras que laboran en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. El **instrumento** fue un cuestionario semiestructurado. La **técnica** fue una entrevista a profundidad. Las **consideraciones** finales a las que llegó entre otras fueron:

“Ocho de las entrevistadas en su testimonio manifiestan que la muerte es el fin del ciclo vital o el cese de las funciones vitales, dándole a la muerte un significado estrictamente biológico”. “La totalidad de enfermeras considera la agonía como una situación muy dolorosa difícil de manejar y difícil de tolerar, refieren sentir sentimientos de pena, tristeza y mucho dolor al presenciar la agonía del paciente moribundo”. “Las enfermeras brindan ya solo al paciente moribundo cuidados físicos como son los requerimientos básicos para mantener la estabilidad y la vida, entre ellos: necesidades de agua, oxígeno, alimentos, eliminación, movilización. Reposo, sueño, abrigo y alivio del dolor”. “Las enfermeras consideran que es necesario brindarle apoyo espiritual al paciente moribundo, refieren que además de cubrir los aspectos corporales y emocionales en necesario ocuparse del nivel espiritual”

Yuliana Carina Flores Benites, el 2013. En Lima realizo el estudio: “Actitud del profesional de enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue”. El objetivo fue determinar la actitud del profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente moribundo en su dimensión fisiológica, espiritual y psicoemocional en el servicio de emergencias del Hospital Nacional Hipólito Unanue. El **método** fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La **población** estuvo conformada por 50 profesionales de enfermería. La **técnica** fue la encuesta y el **instrumento** un formulario tipo escala de Lickert, que se aplicó previo consentimiento informado. Llegando a la siguientes **Conclusiones** entre otras:

“El mayor porcentaje de los profesionales de enfermería tiene una actitud de indiferencia hacia la atención del cuidado del paciente moribundo, referido a la dimensión fisiológica, espiritual y psicoemocional”.

Yovana Farroñan Santamaría, el 2012, en Chiclayo, realizó un estudio sobre la “actitud de la enfermera en el cuidado al final de la vida en los pacientes adultos del hospital regional docente las mercedes Chiclayo”. El **objetivo** fue describir y analizar la actitud de la enfermera que labora en dicho hospital, cuando se encuentra frente al paciente moribundo. La **metodología** fue cualitativa. La **población** de estudio fueron las enfermeras con experiencia de 5 años continuos en el servicio de medicina varones y mujeres y se hizo una triangulación con los familiares para obtener datos informativos más fidedignos. La **técnica** fue la entrevista y el **instrumento** una guía de entrevista, llegando a las siguientes **conclusiones** en otras:

“La esencia misma de la enfermera es su cuidado, sin embargo algunas de las enfermeras del servicio de medicina en este proceso de muerte experimentan dolor y sufrimiento, mientras que otras enfermeras su cuidar es natural y espontáneo sintiéndose obligada a cumplir su responsabilidad como trámites administrativos, ayudándolos al bien morir frente a un sacerdote y apoyando al familiar doliente con actitudes tranquilizantes para continuar su labor con el resto de pacientes que tiene a su cargo.

Así mismo valorar a la persona en su totalidad es ir más allá de un simple cuidado, reconociendo que además de atravesar situaciones emocionales no deben considerar a esta etapa simplemente como el final de un proceso vital, su actitud debe ser humano, y con mucha comunicación y apoyo a la familia por ser la etapa más dura que les tocó vivir”.

2.2 BASES TEÓRICAS

1. CONOCIMIENTO

Fidias Arias (2004), define el conocimiento como un "proceso en el cual se relacionan el sujeto que conoce, que percibe mediante sus sentidos, y el objeto conocido y percibido".

El conocimiento puede ser entendido en dos direcciones:

- Como un proceso que se manifiesta al percibir la realidad.
- Como el resultado de dicho proceso que se traduce en conceptos, imágenes y representaciones acerca de la realidad.

En tal sentido, el conocimiento visto como un proceso implica una relación entre sujeto y objeto; entendido el sujeto como la persona que busca, obtiene o posee el conocimiento y el objeto como el hecho, tema o materia que estudia el sujeto.

EN EL CONOCIMIENTO SE IDENTIFICAN DOS TIPOS:

a) El empírico o vulgar:

Es el tipo de saber cotidiano que se adquiere con la interrelación social y/o experiencias vividas. Este generalmente se obtiene de forma casual y no intencional. En consecuencia, es un conocimiento que se transmite de generación en generación, cabe destacar, que en algunas oportunidades este conocimiento puede servir de base para la construcción del conocimiento científico mediante una investigación y posterior comprobación.

b) El conocimiento científico:

Es el conocimiento que se adquiere mediante una investigación en la cual se ha empleado el método científico, éste lo hace verificable, objetivo, metódico, sistemático y predictivo.

CARACTERÍSTICAS Y DIFERENCIAS

a. Conocimiento científico

- Verificable, puede ser comprobado por otros
- Objetivo: describe la realidad tal como es, descartando deseos y emociones.
- Metódico, debido a que es producto de la aplicación deliberada e intencional de una serie pasos y procedimientos técnicos.

- Sistemático, porque los conocimientos se relacionan y se complementan.
- Explicativo, busca el porqué de las cosas (causa y efecto).
- Predictivo, con base en argumentos válidos, puede hacer proyecciones o prever la ocurrencia de determinados fenómenos.
- Generalizable, por cuanto establece leyes científicas constantes y aplicables.

b. Conocimiento empírico

- No verificable, no soporta comprobación.
- Subjetivo: parte de creencia e impresiones propias de un sujeto.
- Espontáneo, porque se adquiere de forma casual o accidental.
- Asistemático, debido a que consiste en ideas aisladas.
- Dogmático, por cuanto sus juicios son impuestos sin cuestionamiento
- Especulativo, emite conjeturas sin base o sin argumentos válidos.
- Especulativo, emite conjeturas sin base o sin argumentos válidos (Radamar, 2010).

El conocimiento es información esencial, adquirido de distintas maneras; en enfermería el conocimiento es adquirido a través de la formación académica y a través de la experiencia, es decir que cada día la enfermera adquiere nuevos conocimientos los cuales afianza con la investigación, dicha investigación nace cuando la enfermera desea descubrir e indagar algo y utiliza su razonamiento propio y analítico para obtener respuestas. Al igual que muchas otras disciplinas, enfermería se basa en el conocimiento teórico y fundamentado para realizar todas sus acciones encaminadas al beneficio del paciente.

2. ACTITUDES

La actitud ha sido definida bajo una gran gama de conceptos. Indudablemente que este es un tema de los más estudiados en el campo de las ciencias humanas, lo que explica la heterogeneidad de definiciones que se puede encontrar. A continuación se señalan en orden cronológico algunas de ellas:

"... la actitud corresponde a ciertas regularidades de los sentimientos, pensamientos y predisposiciones de un individuo a actuar hacia algún aspecto del entorno" (Secord y Backman, 1964 en León y otros, 1988:133)

"La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud" (Fishbein y Ajzen, 1975 en Bolívar, 1995: 72)

"... la actitud es una disposición fundamental que interviene en la determinación de las creencias, sentimientos y acciones de aproximación-evitación del individuo con respecto a un objeto." (Cook y Selltitz, en Summers, 1976: 16)

"La actitud es la disposición permanente del sujeto para reaccionar ante determinados valores" (Marín, 1976:69)

"El concepto de actitud denota la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico" (Thurstone en Summers, 1976:158)

"...una multitud de términos aparentemente no relacionados como pulsión adquirida, creencia, reflejo condicionado, fijación, juicio, estereotipia, valencia, sólo para mencionar algunos son sinónimos funcionales del concepto de actitud". (Kidder y Campbell, en Summers, 1976: 13)

"...el término actitud hace referencia a un sentimiento general, permanente positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema" (Petty y Cacioppo, 1981 en León y otros, 1998:118)

"Las actitudes son las disposiciones según las cuales el hombre queda bien o mal dispuesto hacia sí mismo y hacia otro

ser...son las formas que tenemos de reaccionar ante los valores. Predisposiciones estables a valorar de una forma y actuar en consecuencia. En fin, son el resultado de la influencia de los valores en nosotros" (Alcántara, 1988: 9)

"La actitud es una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad (u objeto) concreta con cierto grado de favorabilidad o desfavorabilidad" (Eagly y Chaiken, 1993 en Morales (Coord.), 1999:194)

"Las actitudes son como factores que intervienen en una acción, una predisposición comportamental adquirida hacia algún objeto o situación" (Bolívar, 1995: 72)

"... como una postura o semblante que expresa un estado de ánimo o quizá una intención o, de forma más general, una visión del mundo" (Rodríguez en Pérez y Ruiz, 1995:15)

"Las actitudes son creencias internas que influyen en los actos personales y que reflejan características como la generosidad, la honestidad o los hábitos de vida saludables" (Schunk, 1997: 392)

"Una actitud es una organización relativamente estable de creencias, sentimientos y tendencias hacia algo o alguien - el objeto de la actitud-" (Morris, 1997: 608)

"... disposición interna de carácter aprendido y duradera que sostiene las respuestas favorables o desfavorables del individuo hacia un objeto o clase de objetos del mundo social; es el producto y el resumen de todas las experiencias del individuo directa o socialmente mediatizadas con dicho objeto o clase de objetos" (Cantero y otros, 1998 en León y otros, 1998; 118)

"El concepto de actitud... se refiere a las concepciones fundamentales relativas a la naturaleza del ser humano, implica ciertos componentes morales o humanos y exige un compromiso personal y se define como una tendencia o disposición constante a percibir y reaccionar en un sentido; por ej. De tolerancia o de intolerancia, de respeto o de crítica, de confianza o de desconfianza, etcétera." (Martínez, 1999b:181)

“...hablamos de actitud cuando nos referimos a una generalización hecha a partir de observar repetidamente un mismo tipo de comportamiento. Generalmente detrás de un conjunto de actitudes se pueden identificar valores” (Sanmartí y Tarín, 1999; 56)

“...predisposición aprendida, no innata, y estable aunque puede cambiar, a reaccionar de una manera valorativa, favorable o desfavorable ante un objeto (individuo, grupo, situaciones, etc.)” (Morales, 2000:24)

“Una actitud es una orientación general de la manera de ser de un actor social (individuo o grupo) ante ciertos elementos del mundo (llamados objetos nodales)” (Muchielli, 2001; 151)

Estas son sólo algunas de las muchas definiciones que podemos encontrar sobre las actitudes; de todas ellas se pueden inferir una serie de aspectos fundamentales del enfoque popular que denota las actitudes en función de sus implicaciones individuales y sociales (Handle., 2013).

El análisis de estos enunciados, permite entonces mencionar que las actitudes son predisposiciones de reacción, es decir, ellas no pueden confundirse con conductas sino que preceden a la conducta. Por esto, “actitud” en latín significa postura, que permite anticipar la conducta que va a tener una persona.

La persona desarrolla la capacidad psicosocial de anticipar o predecir la conducta de otro individuo, observando la actitud.

La definición dice también que estas predisposiciones implican una reacción favorable o desfavorable frente a un objeto.

Para la investigadora las “Actitudes son predisposiciones para reaccionar favorable o desfavorablemente frente a un objeto a través de la experiencia la cual ejerce influencia directa o dinámica sobre el comportamiento”.

COMPONENTES DE LAS ACTITUDES

Sheriff y otros, 1965; Newcomb y otros, 1965; Freedman y otros, 1970 (citados por Darías, 2000) han hecho diferentes

definiciones de la actitud, manifestando que ésta, está determinada por tres componentes: el cognitivo, el afectivo y relativo a la conducta.

- Estructura Cognoscitiva: Lo que se puede suponer ante la actitud que se tiene frente a determinado objeto, es que se tienen cogniciones (no conocimientos), puesto que al tener una actitud, el individuo ya sabe algunas cosas de ese objeto de actitud y es probable que este conocimiento sea fruto de la observación, de estudios empíricos, producto de la percepción, de las creencia o del conocimiento popular. Por esto es que en vez de conocimiento se habla de cogniciones, las que pueden ser verdaderas, falsas, equivocadas, erróneas, etc. Este componente es medido con ítems cognitivos a través de una escala de medición de actitudes de Likert. De este modo, para medir el componente cognoscitivo debe redactarse un conjunto de ítems cognitivos, que midan las cogniciones de la persona frente a determinado objeto de actitud que se intenta medir.
- Estructura Afectiva Lo afectivo es la emotividad que impregna los juicios. La valoración emocional, positiva o negativa, acompaña a las categorías asociándolas a lo agradable o a lo desagradable. Este componente surge a través de una serie de procesos de asociación (condicionamiento) entre los estímulos y algunos afectos recompensantes o de castigo.
- Estructura Conductual Es una predisposición a actuar de una persona, inclinación de un comportamiento determinado ante un objeto, un sujeto o acontecimiento. Resultado de la sucesión de los aspectos cognoscitivo y emocional (Handle., 2013).

CARACTERÍSTICAS

Cada actitud, presenta a su vez diferentes características como lo son: la valencia o dirección, intensidad y consistencia.

- La valencia o dirección, es la que refleja el signo de la actitud. Se puede estar a favor o en contra de algo. En principio, estar a favor o en contra de algo viene dado por la valoración emocional, propia del componente afectivo, puede ser favorable o desfavorable.
- La intensidad, se refiere a la fuerza con que se impone una determinada dirección. Se puede ser más o menos hostil o favorable a algo; se puede estar más o menos de acuerdo con algo La intensidad es el grado con que se manifiesta una actitud determinada.
- La consistencia es el grado de relación que guardan entre sí los distintos componentes de la actitud. Si los tres componentes (el afectivo, el cognitivo y el reactivo) están acordes, la consistencia de la actitud será de máxima consistencia (González, 1981).

3. PROCESO DE AGONÍA

A. AGONÍA

La agonía constituye momento previo antes de la muerte, que se suscita horas antes que se produzca el deceso de la persona; otros refieren que puede suscitarse hasta los últimos 3 a 5 días, si es que se hacen evidentes signos y síntomas del proceso de morir, por tanto, la agonía es aquella en la que el proceso de morir se ha establecido claramente y la muerte se espera en un tiempo muy corto; representa el momento más crítico de los cuidados por las cargas emocionales que conlleva. La agonía se caracteriza habitualmente por un largo deterioro general, marcado por episodios de complicaciones y efectos secundarios. En general, durante el mes anterior a la muerte disminuyen de forma sustancial la energía, la actividad y el bienestar. Se observa un visible debilitamiento de la persona y para todos resulta evidente que la muerte se aproxima (Plotquin, 2004)

En esta situación se produce un deterioro progresivo de las funciones físicas, biológicas, emocionales y de relación con el

entorno consecuencia de la evolución de su enfermedad y es fundamental anticiparnos a los síntomas que previsiblemente se van a producir. Con mucha menor frecuencia el fallecimiento de estos enfermos se produce de forma brusca como consecuencia de una complicación imprevista como podría ser una hemorragia masiva que aunque evita el sufrimiento final de la fase de agonía resulta muy impactante tanto para el enfermo como para su familia (Manuel, César, & Yolanda, 2006).

PACIENTE CRITICO EN PROCESO DE AGONÍA

Es toda persona que ha sido diagnosticada con certeza de un padecimiento avanzado, incurable, progresivo, que no responde a tratamientos específicos y que tiene una expectativa de vida reducida, por lo general, puede suscitarse hasta los últimos 3 a 5 días, si es que se hacen evidentes signos y síntomas del proceso de morir. Su tratamiento de base pasa a ser de tipo paliativo (Coronel, 2009).

B. SIGNOS DE LOS ÚLTIMOS DÍAS DE VIDA (Manuel, César, & Yolanda, 2006).

- Aparición de nuevos síntomas o empeoramiento de los previos:
 - Percepción del dolor: puede exacerbarse o desaparecer
 - Disnea
 - Cambio del color: palidez, color amarillento
- Pérdida del tono muscular:
 - Aumento de la debilidad con encajamiento
 - Disminución de la ingesta, dificultad para la deglución, desinterés por la comida.
 - Boca seca, nariz con aspecto afilado y ojos hundidos
 - Alteración esfinteriana: retención o incontinencia urinaria o fecal.
- Alteración del nivel de conciencia
 - Somnolencia que alterna con períodos de lucidez

- Desorientación, disminución de la capacidad para mantener la atención, coma.
- Agitación, alucinaciones
- Cambios en los signos vitales
 - Disminución de la presión arterial
 - Pulso irregular y rápido
 - Respiración superficial con pausas de apnea
- Cambios en la circulación sanguínea
 - Livideces en zonas distales
 - Cambios de la temperatura corporal con frialdad distal y fiebre
- Afectación sensorial
 - Visión borrosa y desenfocada
 - Se mantienen el oído y tacto hasta el final
- Aparición de estertores

4. CUIDADO DEL PACIENTE CRITICO EN PROCESO DE AGONÍA

A. CUIDADO DEL PACIENTE CRITICO EN PROCESO DE AGONÍA

Los cuidados otorgados a un paciente en estado de agonía no son aplicados como medios para preservar la vida, sino que se aplican en razón de una asistencia éticamente obligada, que debe buscar sobre todo la humanización de esa fase final de la vida del paciente, aun cuando pueda permanecer y fallecer en la UCI.

B. NORMAS GENERALES DE LOS CUIDADOS EN LA AGONÍA (Manuel, César, & Yolanda, 2006).

- El objetivo es la comodidad del paciente. Dar prioridad al control de síntomas y al alivio del sufrimiento psicológico, espiritual y emocional del paciente y de la familia.
- Revisar fármacos prescritos: retirar aquellos que no sirven para mantener el bienestar del paciente (antidiabéticos, diuréticos, antiarrítmicos, antibióticos, quimioterapia, etc.).

- Cambiar la vía de administración de fármacos. Si existe dificultad para utilizar la vía oral, la subcutánea es una buena alternativa. Si tiene vía venosa, se mantendrá, pasando a vía subcutánea si es necesario canalizar una vía.
- Indicar pautas fijas de tratamiento de los síntomas presentes y dejar pautas condicionales para todas las posibles complicaciones o cambios en la evolución. Anticiparse a potenciales problemas graves, como hemorragias masivas, y prever su tratamiento inmediato.
- Evitar procedimientos diagnósticos o intervenciones innecesarias.
- Mantener la comunicación con el paciente. Hablar en tono normal y extremar el contacto físico
- Asegurar una adecuada información a la familia sobre todo lo que está sucediendo. Explicar que el enfermo se encuentra en fase de agonía. Avisar a la familia de posibles y frecuentes nuevos síntomas en esta fase.
- Comunicar al resto del equipo la situación del paciente y de su familia. Dejar constancia en la historia clínica. Orden de no reanimación cardiopulmonar.
- Ambiente tranquilo. No disminuir el número de visitas: benefician al paciente y tranquilizan a la familia.
- Ofrecer la posibilidad de recibir apoyo espiritual y religioso según la confesión o rito que practiquen
- Apoyo a la familia. En esta fase es cuando la familia necesita más ayuda.
- Dar información sobre los trámites oportunos a realizar cuando se produzca el fallecimiento.
- El duelo. Los familiares no acaban el proceso de muerte con el último latido. Deben vigilarse cuidadosamente la elaboración de la pérdida y la reconstrucción de la vida

cotidiana sin el ser querido por si es necesaria ayuda psicológica.

C. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE AGÓNICO.

➤ **NECESIDADES FISIOLÓGICAS**

✓ Respiración

Cuidados ante la aparición de disnea

- Elevar el cabecero de la cama (30-40 °).
- Administrar tratamiento médico prescrito: oxigenoterapia y fármacos.
- Evitar presión torácica o abdominal con la ropa de cama y/o camisón o pijama.

Cuidados ante la aparición de secreciones

- Aspirar las secreciones abundantes y localizadas en la orofaringe. La aspiración innecesaria aumenta las secreciones, es traumática y molesta para el paciente.
- Colocar al paciente en la postura adecuada (decúbito lateral con la cabeza ligeramente inclinada) que haga menos audibles las secreciones.
- Comunicar al facultativo la aparición de secreciones a fin de disminuir la fluidoterapia.
- Mantener una higiene bucal adecuada y retirar manualmente las secreciones cuando sea necesario.

✓ Alimentación

- Administrar dieta en función de su nivel de conciencia, retirándola si fuera necesaria para evitar la broncoaspiración de contenido alimenticio.
- Identificar la aparición de sed (sequedad de mucosas o que el paciente así lo exprese) y comunicarlo al facultativo correspondiente para hidratación intravenosa con fluidos si procede.

✓ Eliminación

Cuidados ante la aparición de incontinencia.

- No suele estar indicado el sondaje vesical, excepto cuando la frecuencia de cambio de absorbentes para adultos incontinentes ocasione más molestia que el producido por dicha técnica.
- Si existen fugas fecales proceder al cambio de absorbentes adaptándolo al estado del paciente.

Cuidados ante la aparición de retención.

- Si el paciente está agitado valorar la presencia de globo vesical y, si procede, realizar sondaje evacuador, valorando su permanencia.

Cuidados ante la aparición de emesis

- Evitar broncoaspiración de contenido gástrico con medidas posturales adecuadas (decúbito lateral derecho si es posible).
- Administrar antieméticos según prescripción médica.
- En caso de que el vómito sea de origen central evitar la movilización brusca e innecesaria del paciente.

✓ Movilización.

Siempre que se pueda, intentar sincronizar la movilización del paciente con el resto de cuidados, teniendo en cuenta: comodidad, postura preferida y presencia o no de sintomatología propia de la enfermedad.

✓ Reposo-Sueño

- Proporcionar ambiente tranquilo, evitar ruidos innecesarios y facilitar el número de visitas respetando las decisiones familiares.
- En el caso del paciente consciente intentar planificar los cuidados y ajustar el tratamiento prescrito a los

ciclos vigilia/sueño, favoreciendo el descanso nocturno.

- En el paciente semi-comatoso o con agitación importante, administrar el tratamiento farmacológico según prescripción facultativa, evitando el uso de sujeciones mecánicas ya que aumentan el nivel de agitación.

✓ Higiene/Estado de la piel

Cuidados bucales en pacientes con bajo nivel de conciencia

- En el enfermo agónico se presenta una alteración multifactorial de la boca, originando numerosos problemas entre los que destaca la sequedad, siendo su manejo más eficaz con cuidados locales que la hidratación con sueros. El objetivo primordial es prevenir el dolor y fomentar el bienestar.
- Realizar la higiene con ayuda de cepillo infantil de cerdas suaves, para dientes, lengua y cavidad oral, torunda de gasa o dedo protegido con guante.
- Finalizar la higiene limpiando labios y comisuras hidratándolas con vaselina (contraindicado si el paciente está deshidratado o en tratamiento con oxigenoterapia).
- Para disminuir el dolor oral se puede utilizar Lidocaína viscosa al 2% (según prescripción).
- Las prótesis dentales se retiran, guardándose en un recipiente, debidamente etiquetadas.
- Prestar adecuada atención a la limpieza de las fosas nasales para mejorar la respiración y aliviar la sequedad.

Cuidados de los ojos

- Intentar mantener los ojos limpios e hidratados con suero fisiológico y gasas humedecidas.

- Si el paciente es portador de lentes de contacto deben retirarse.

Úlceras por presión

- Mantener la piel seca e hidratada, aplicar placas hidrocoloides y/o protecciones en prominencias óseas, si son necesarias y hacer cambios posturales teniendo en cuenta que prima la comodidad y no la prevención de las úlceras.
- Prestar especial atención a aquellos dispositivos que pueden aumentar la aparición de úlceras por presión (sonda nasogástrica, sondas vesicales, ropa ajustada, etc.)

✓ Temperatura

En caso de fiebre evitar el uso de medidas físicas ya que provocan malestar al paciente. En caso necesario aplicar medicación antitérmica prescrita.

✓ Seguridad

El estado confusional es frecuente en el enfermo agónico (hasta el 80%). Es de origen multifactorial. Usar tratamiento farmacológico evitando, en lo posible, las restricciones mecánicas.

- En la sedación de estos pacientes se tiene en cuenta la opinión manifestada por el paciente y en su defecto por la familia.
- Evitar en lo posible la colocación de barandillas por la sensación de ahogo que éstas producen al paciente y familia. Durante el reposo-sueño se pueden usar, para prevenir caídas accidentales (Carmen, 2014) (Manuel, César, & Yolanda, 2006).

➤ **NECESIDAD ESPIRITUAL**

La profesión de enfermería a través del tiempo y las épocas se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuidado al paciente.

Es por esto que el profesional de la salud debe mostrar un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano que así lo requiera. Como parte del cuidado que todo profesional de enfermería debe ofrecer, está el cuidado espiritual, labor esencial e indispensable en todas las unidades de cuidado, especialmente en las de cuidado crítico. Siendo la unidad de cuidados intensivos el lugar habitual de residencia de los enfermos graves o en el final de su vida, hemos ya mencionado cómo el personal de enfermería se ha visto confiar el cuidado de los pacientes según una cercanía global, física, emocional, espiritual.

Desde hace varios años se desarrolla un concepto de necesidad espiritual que cubre parcialmente el dominio religioso. Algunos acontecimientos de referencia ayudarán a descubrir lo que abarca esta noción.

La Declaración Francesa de los Derechos del Hombre de 1789 reconoce y garantiza la libertad religiosa y la libertad de expresión. Desde la separación de la Iglesia y del Estado, el artículo I de la ley del 9 de diciembre de 1905 estipula que la República asegura la libertad de conciencia. «Garantiza el libre ejercicio del culto bajo la sola restricción emanada del interés del orden público».

En virtud de este artículo, las capellanías permanecen de derecho en los hospitales, teniendo como tarea el permanecer efectiva, con la posibilidad para todo ciudadano, incluso hospitalizado, de ejercer libremente su culto. No pudiendo asistir al culto, es preciso que el culto llegue hasta él...

En 1968, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una guía para la dotación de un hospital con personal de enfermería.

Margarita Paetznick abordaba las necesidades espirituales en el cuadro del confort psicológico: en este campo, el rol del personal de enfermería consistía en «ofrecer al enfermo la posibilidad de recibir la asistencia del ministro de su culto, de tener acceso a libros u objetos religiosos susceptibles de apoyo en la prueba».

En este documento, espiritual y religioso, se recupera la asistencia del ministro del culto, solicitada en razón del apoyo que puede aportar en la prueba y no como un derecho en sí mismo.

En 1969, Virginia Henderson, en otro documento de la OMS, afirma que respetar las necesidades espirituales de los enfermos y asegurar que puedan satisfacerlas en todas las circunstancias hace parte de los cuidados de enfermería de base.

En Canadá, en 1973, Kozier Du Gas, afirma que no se puede tratar a un enfermo en su conjunto sin aportarle una ayuda física, psicológica y espiritual.

Jomain definía en 1984 las necesidades espirituales tomadas en un sentido amplio: se trata de necesidades de las personas creyentes o no, a la búsqueda de la nutrición del espíritu, de una verdad esencial, de una esperanza, del sentido de la vida y de la muerte, o también deseando transmitir un mensaje al final de la vida.

El mismo año el primer congreso de cuidados paliativos de Ginebra reunía a más de 600 profesionales de la salud. Roette Polletti evocaba la dimensión espiritual del sufrimiento del canceroso, al cual debe responder un acompañamiento espiritual.

Estuvo organizada una mesa redonda sobre el apoyo psicológico y las necesidades espirituales de los pacientes

y de las familias y Cosette Odier, capellán del CESCO (Centro de Estudios y de Cuidados Continuos) intervenía sobre las modalidades del acompañamiento espiritual».

Paralelamente la revista Jalmay publicaba un número especial en el cual el padre J. Pillot había hablado hasta entonces de sufrimiento psicológico, casi moral, utiliza explícitamente el término de necesidades espirituales del moribundo.

Este tema, numerosas conferencias (1989) lo trataron explícitamente. La revista AH (Capellanías Hospitalarias) consagraba el número de abril a la «experiencia espiritual de la enfermedad», cuyo primer artículo se titulaba: Necesidades espirituales y andadura religiosa. Cuando el Congreso de Ginebra sobre los cuidados paliativos, reuniendo esta vez más de 1.100 cuidadores, C. Odier intervenía con la noción de apoyo espiritual. En cuanto al Centro de Pluridisciplina de Gerontología de Grenoble, programaba una sesión de cuatro días sobre espiritualidad y fin de la vida.

En los cuidadores, hay pues una convergencia de interés para un tercer campo de comprensión de la persona enferma. Se asiste al reconocimiento explícito de necesidades que no son, ni estrictamente fisiológicas, ni precisamente psicológicas, calificadas anónimamente como «necesidades espirituales».

En julio de 1984, en el artículo primero del decreto referente al ejercicio de la profesión de enfermería, el Ministerio de la Salud consideraba la asistencia de las personas en sus últimos instantes de vida como el tercer objeto de los cuidados de enfermería, citado seguidamente después de promoción, conservación, restauración de la salud y el alivio del sufrimiento.

En agosto de 1986, el profesor J. F. Girard, Director General de la Salud, emitía una circular sobre los cuidados

terminales a fin de apartarse de la falsa alternativa entre la eutanasia y el encarnizamiento terapéutico y evitar los riesgos de una actitud únicamente esmerada frente a la muerte. Según la circular, «los cuidados de acompañamiento tienden a responder a las necesidades específicas de las personas llegadas al término de su existencia.

Comprenden un conjunto de técnicas de prevención y de lucha contra el dolor, de un asidero psicológico del enfermo y de su familia, de una toma de consideración de sus problemas individuales, sociales y espirituales. Espiritual está pues diferenciado aquí del psicológico en una antropología a cuatro bandas.

En fin, es también la sencilla expresión de la fe en la acción concreta de Dios y principalmente en las circunstancias donde la medicina llega a sus límites. Son los requerimientos que precisa la persona en la satisfacción de las necesidades de la fe y la esperanza y buscan apoyo en sus creencias religiosas para obtener el valor de afrontar la vida con dignidad, de esta manera el paciente encuentra que su religión es de gran ayuda

Las formas de respuestas del profesional de enfermería para satisfacer las necesidades espirituales frente al paciente moribundo incluyen el Indagar sobre las creencias religiosas del paciente, establecer un contacto con el guía espiritual del paciente (Pastor, sacerdote, etc.), Acompañar y/o facilitar las prácticas religiosas, Interpretar el dolor espiritual y elegir las medidas adecuadas para cuidar y consolar el sufrimiento, .

El personal sanitario debe atender estas necesidades y/o consultar con personal especializado en esta área o con el capellán. Asimismo, debe facilitar la expresión de la religiosidad en un ambiente adecuado. El objetivo de la asistencia espiritual, junto a los cuidados físicos y la

asistencia a los familiares, es ayudar a quien sufre a dirigir y a llevar adelante en la enfermedad su proyecto de persona en todo momento. Nuestra actuación se desarrollará dentro del máximo respeto a las creencias del enfermo y a su deseo de ser ayudado o no en todas o algunas de las necesidades espirituales que se han mencionado anteriormente. Para un adecuado apoyo espiritual, desde una actitud de humildad y respeto, conviene: – Escuchar antes que hablar. – Comprender antes que convencer. – Aceptar antes que imponer.

➤ **NECESIDAD PSICOEMOCIONAL**

- Adopta una posición de escuchar.
- Lograr el contacto visual con el paciente si es posible.
- Cuida la expresión facial.
- Procurar momentos de silencio.
- Tiene un adecuado tono de voz.
- Establecer contacto visual si es posible la persona
- Acoger la pena y estimule la expresión de sentimientos.
- Facilitar el contacto con el familiar
- Proporcionar alivio y establecer comunicación a través de un contacto cálido y humano; que transmita sentimientos de apoyo.
- Considerar la atención del paciente moribundo como parte de un cuidado importante y no como una sobrecarga de trabajo.
- Mantener la comunicarnos verbal con el paciente moribundo mientras se realizan los cuidados de enfermería.
- Cuidar al paciente moribundo con el mismo respeto que se les brinda los demás pacientes.

5. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Es una unidad orgánica (servicio o unidad -UCI-) que brinda atención de salud especializada en medicina intensiva al paciente

críticamente enfermo en condición de inestabilidad y gravedad persistente (NTN°031-MINSA/DGSP V.01, 2005).

6. PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

La enfermera que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) posee un perfil enmarcado en una filosofía integradora que incluye conocimientos afectivos, emocionales, científicos y tecnológicos. Es imprescindible que esta filosofía integradora armonice con la presencia física de esta enfermera, donde esta presencia sea significativa tanto para el paciente como para sus familiares, este modo de estar presente significa “ver, tocar, hacer, escuchar” a este paciente, que debe ser concebido como un ser holístico, donde el fin último del cuidado que le proporciona esta enfermera sea la felicidad no sólo para él y sus familiares sino también para la colectividad; o en última instancia ayudar a este enfermo a tener una muerte digna cuando ésta sea irremediable (Guevara, 2007).

7. PERFIL DE LOS ESTUDIANTES DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA INTENSIVA – UNMSM.

El estudiante de la segunda especialidad de enfermería intensiva de la UNMSM, es un enfermero(a), que posee experticia y pericia en el cuidado especializado de enfermería a nivel individual y colectivo sustentado en los avances científicos, tecnológicos y éticos vigentes, diferenciándose del profesional general.

Posee capacidad de investigación en el área de enfermería intensiva, conducentes a conocimientos teóricos y/o prácticos a fin de contribuir con el desarrollo de la ciencia y tecnología del país.

Con actitud ética y humanística de la vida y en el cuidado de la persona, familia y comunidad, considerando los patrones culturales predominantes.

Tiene capacidad en la toma de decisiones, compromiso de ejercicio del liderazgo para resolver los problemas de salud de la población.

Posee habilidades para realizar asesoría y consultoría en el área de su especialidad en los servicios de salud y en las instituciones formadoras (programa de segunda especialidad en enfermería., 2015).

2.3 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- A. CONOCIMIENTOS DE LOS ESTUDIANTES DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA INTENSIVA: Es toda información que poseen los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva sobre el cuidado del paciente critico en proceso de agonía, el cual será obtenido a través de un cuestionario y valores de conoce y no conoce.
- B. ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA INTENSIVA: Son respuestas expresadas, que se evidencia en la forma de pensar, sentir, y predisposición de comportamiento para reaccionar favorable o desfavorablemente cuando brinda cuidado al paciente critico en proceso de agonía el cual será obtenido a través de una escala de Likert y valores de totalmente de acuerdo, de acuerdo, desacuerdo, totalmente desacuerdo.
- C. PACIENTE CRÍTICO EN PROCESO DE AGONÍA.- Es toda persona que ha sido diagnosticada con certeza de un padecimiento avanzado, incurable, progresivo, que no responde a tratamientos específicos y que tiene una expectativa de vida reducida, por lo general, puede suscitarse hasta los últimos 3 a 5 días, si es que se hacen evidentes signos y síntomas del proceso de morir.
- D. CUIDADO DE ENFERMERÍA HACIA EL PACIENTE CRÍTICO EN PROCESO DE AGONÍA.- Es el conjunto de actividades que realiza el profesional de enfermería al paciente critico en proceso de agonía, dirigido a controlar el dolor y otros síntomas, así como

satisfacer las necesidades fisiológicas, espirituales y psicoemocionales.

2.4. PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS

Los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva - UNMSM conocen el proceso de agonía y tienen actitudes favorables hacia el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía, en la unidad de cuidados.

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio fue de tipo cuantitativo, porque permitió asignar un valor numérico a la variable de estudio, nivel fue aplicativo, ya que partió de la realidad para luego modificarla; método descriptivo simple de corte transversal porque permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

3.2. LUGAR DE ESTUDIO

El estudio se realizó en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, ubicada en la Av. Grau N° 755, distrito de Cercado de Lima, provincia de Lima, en el Programa de la Segunda Especialización en Enfermería, el cual contaba con un total de 361 estudiantes matriculados de las 9 especialidades, de los cuales fueron; 78 de la especialidad de Centro Quirúrgico, 40 de la especialidad de Intensivo, 63 de la especialidad de Emergencia y Desastre, 26 de la especialidad de Cardiología, 26 de la especialidad de Oncología, 16 de la especialidad de Pediatría, 38 de la especialidad de Salud Pública, 48 de la especialidad de Nefrología, 26 de la especialidad de Neonatología. En cuanto a su infraestructura cuenta con la oficina de la Dirección, y las oficinas administrativas. Los ambientes utilizados para el dictado teórico de las asignaturas son: el pabellón de aulas, y las aulas del Departamento de Preventiva. El horario de dictado de

clases son por la mañana y tarde una vez por semana de cada especialidad, mientras que las practicas se realizan en los diferentes hospitales de la ciudad de lima según especialidad.

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por los estudiantes matriculados del Programa de la Segunda Especialización de Enfermería intensivista de la UNMSM del II y IV semestre, haciendo un total de 35.

3.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

3.4.1.Criterios de inclusión

- Profesionales de enfermería que estuvieron matriculados en el Programa de la Segunda Especialización de Enfermería intensiva.
- Profesionales de Enfermería de todas las edades.
- Que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

3.4.2.Criterios de exclusión

- Profesionales de enfermería que no estuvieron matriculados en el Programa de la Segunda Especialización de Enfermería intensiva.
- Profesionales de enfermería que se ausentaron el día de encuesta.
- Que no desearon participar en el estudio.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la encuesta y se utilizaron dos instrumentos ambos creados por la investigadora, un cuestionario estructurado para determinar los conocimientos, conformado por 14 preguntas con 4 alternativas, y una escala de Likert para determinar las actitudes conformadas por 14 enunciados con 4 alternativas.

3.6. PROCEDIMIENTOS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Luego de haber obtenido los datos, estos fueron procesados de manera manual y a partir de ellos se elaboró la tabla matriz de codificación asignando a la respuesta el valor de 1 (correcta) y de 0 (incorrecta); así como la tabla matriz para ser presentados en gráficos y/o en tablas estadísticas para el análisis e interpretación considerando los antecedentes y el marco teórico.

Para la medición del variable conocimiento se utilizó la escala de estanones para la categorización de la variable de conocimiento.

La clasificación cuantificada de los conocimientos sobre cuidados del paciente crítico en agonía:

- Conocimiento sobre cuidados del paciente crítico en agonía:
 - conoce: de 9 a 14 puntos.
 - no conoce: de 0 a 8 puntos.
- Conocimiento sobre proceso de agonía:
 - conoce: 2 puntos.
 - no conoce: 0 a 1 punto.
- Conocimiento sobre cuidados en el proceso de agonía:
 - conoce: de 8 a 12 puntos.
 - no conoce: de 0 a 7 puntos.

Tabulados los datos numéricos, porcentualmente se analizaron. A su vez se sumaron los subtotales de cada ítem para determinar sus valores porcentuales y su posterior análisis.

Para la medición de la variable actitud se utilizó la escala de estanones para la categorización de la variable de actitud.

La clasificación cuantificada de las actitudes hacia los cuidados del paciente crítico en agonía:

- Actitudes hacia los cuidados del paciente crítico en agonía:
 - Favorables: de 30 a 56 puntos.
 - Desfavorables: de 14 a 29 puntos.
- Actitud hacia el proceso de agonía:
 - Favorables: de 6 a 8 puntos.
 - Desfavorables: de 4 a 5 puntos.
- Actitud hacia los cuidados en el proceso de agonía:
 - Favorables: de 26 a 48 puntos.
 - Desfavorables: de 12 a 25 puntos.

Para el proceso de análisis e interpretación de datos se utilizó la estadística descriptiva y medidas de dispersión para determinar la frecuencia y proporción de las variables y se realizó el análisis e interpretación de datos, teniendo en cuenta la base teórica revisada, realizando así un contraste entre los datos obtenidos y nuestra realidad, en primer término en cuanto a los datos generales y luego a los datos específicos que se relacionan directamente con las variables del estudio.

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. RESULTADOS

Luego de haber recolectado y procesado los datos a continuación se presentan las tablas y gráficos con su respectiva descripción, resultados y análisis.

A. DATOS GENERALES

En relación a los datos generales (ANEXO J), se tiene que la población con la que se trabajó, estuvo conformada por 35 licenciados (as) en enfermería.

En relación a la edad de los encuestados, se obtiene que del 100%(35), el 11% (4) tienen edad comprendida entre 20 a 25 años, 54% (19) tienen edad comprendida entre 26 a 30 años, 29% (10) tienen edad comprendida entre 31 a 40 años y el 6% (2) tienen edad de 41 años a más.

En relación al sexo del 100%(35), el 89% (31) son del sexo femenino y 11% (4) son del sexo masculino.

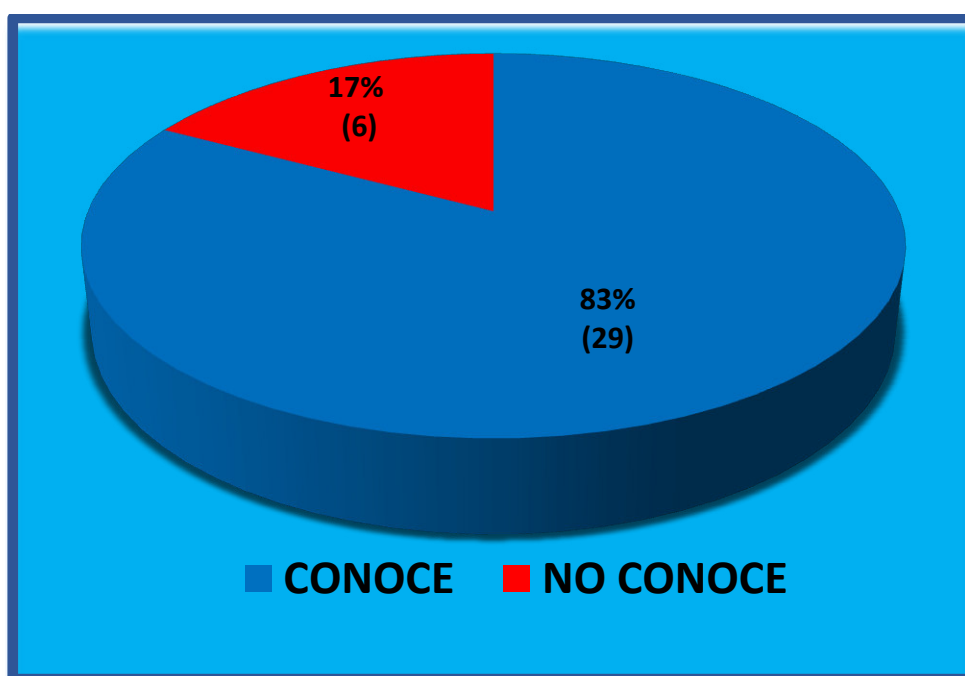
Respecto al semestre que se encuentran los encuestados, se obtiene que del 100%(35), el 31% (11) corresponden al II semestre y 69% (24) corresponden al IV semestre de la especialidad de enfermería intensiva.

Respecto al tiempo de servicio como enfermero asistencial, del 100%(35) el 71% (25) tienen de 1 a 3 años de servicio, 17% (6) tienen de 4 a 6 años, 3% (1) tiene de 7 a 9 años de servicio y el 9% (3) tienen más de 10 años de servicio como enfermero general.

B. DATOS ESPECÍFICOS

GRAFICO N°1

CONOCIMIENTOS SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE CRITICO EN PROCESO DE AGONÍA EN ESTUDIANTES DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA INTENSIVISTA, 2017.

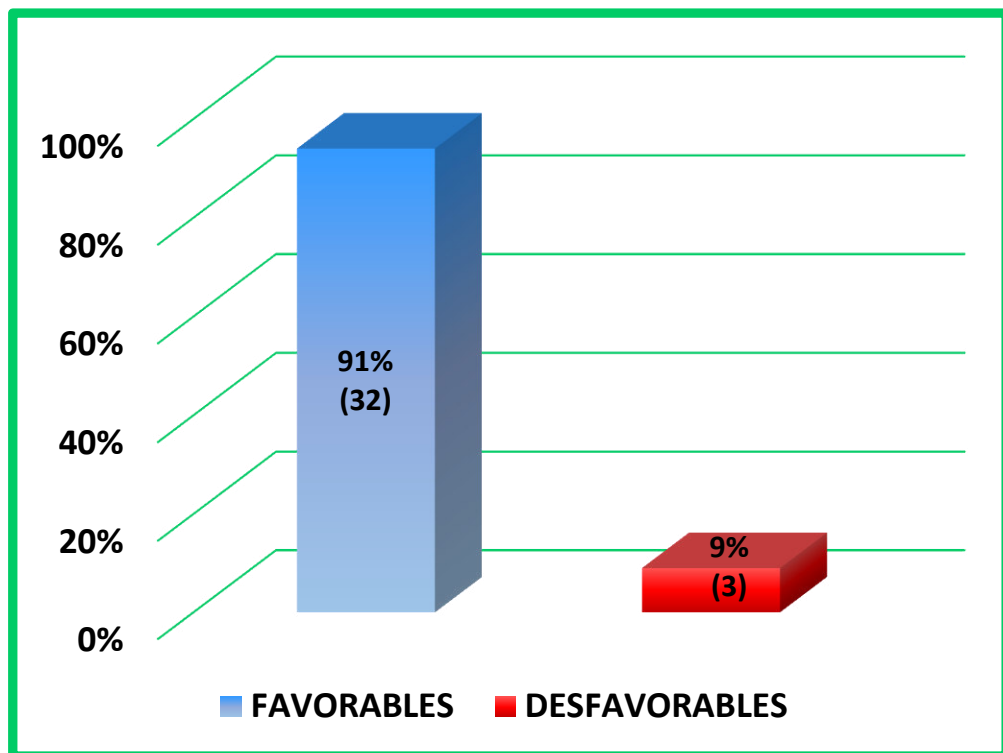


Fuente: cuestionario de conocimientos sobre el cuidado del paciente critico en proceso de agonía aplicado a los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2017.

En el grafico 1 se observa que del 100% (35), el 83% (29) de los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva, conocen los cuidados del paciente critico en proceso de agonía y el 17% (6) no conocen.

GRAFICO N° 2

ACTITUDES SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO EN PROCESO DE AGONÍA EN ESTUDIANTES DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA INTENSIVISTA, 2017.

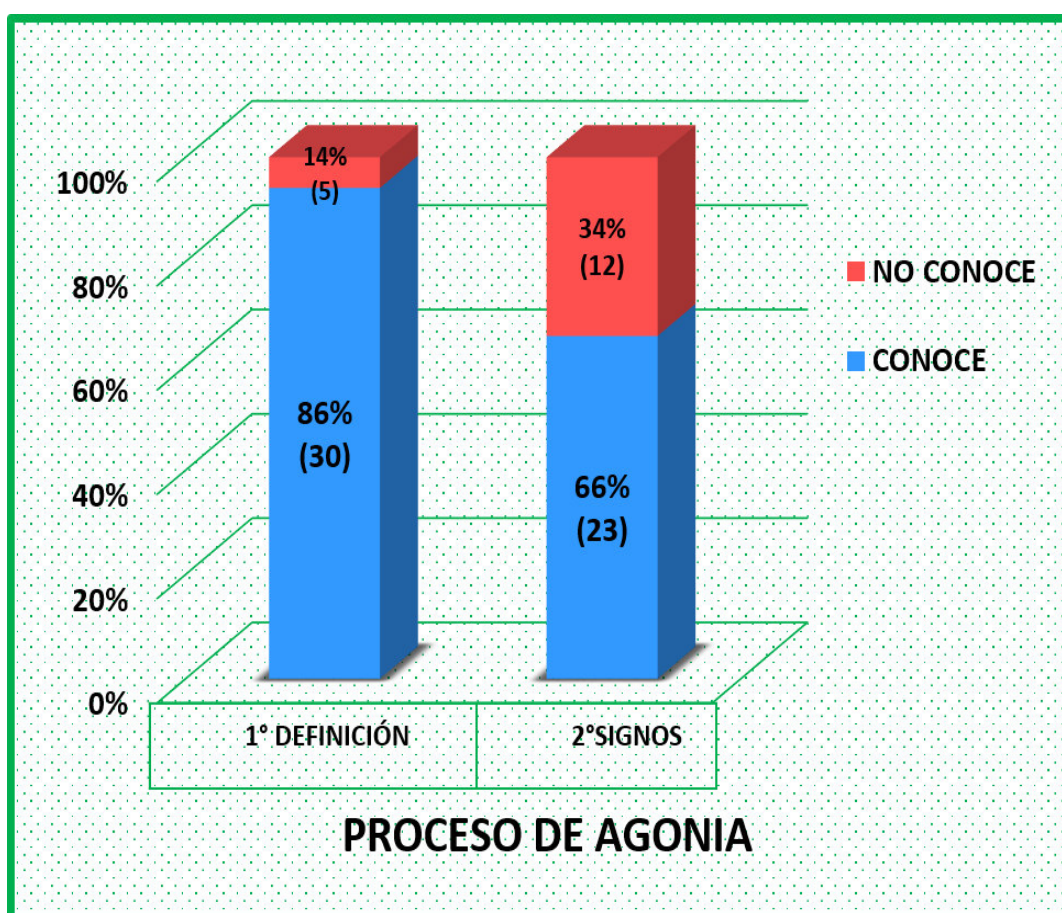


Fuente: escala de Likert sobre actitudes hacia el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía aplicado a los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2017.

En el grafico 2 se observa que del 100% (35), 91% (32) de los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva, tienen actitudes favorables hacia el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía y el 9% (3) actitudes desfavorables.

GRAFICO N°3

CONOCIMIENTOS SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO SEGÚN LA DIMENSIÓN PROCESO DE AGONÍA EN ESTUDIANTES DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA INTENSIVISTA, 2017.

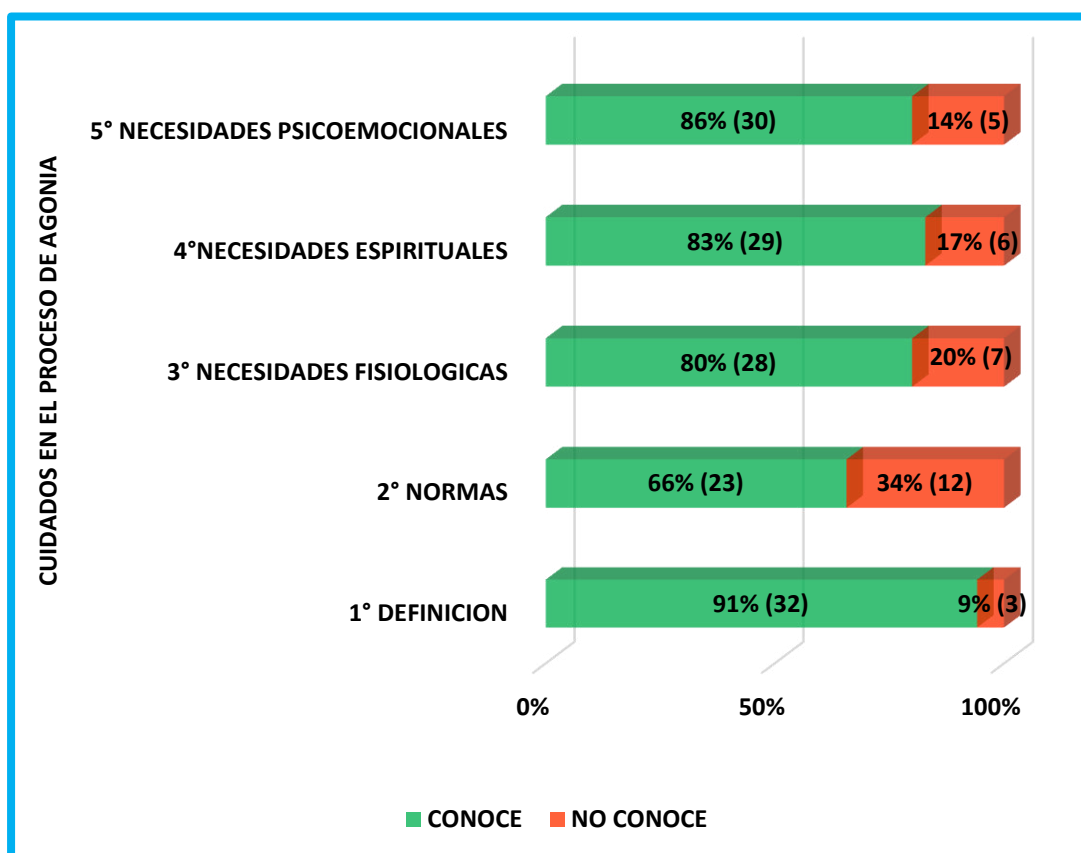


Fuente: cuestionario de conocimientos sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía aplicado a los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2017.

En el gráfico N°3 se observa que del 100% (35) el 86% (30) de los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, conocen la definición del proceso de agonía y sólo el 66% (23) conocen los signos de los últimos días de vida.

GRAFICO N°4

CONOCIMIENTOS SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO SEGÚN LA DIMENSIÓN CUIDADOS EN EL PROCESO DE AGONÍA EN ESTUDIANTES DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA INTENSIVISTA, 2017.

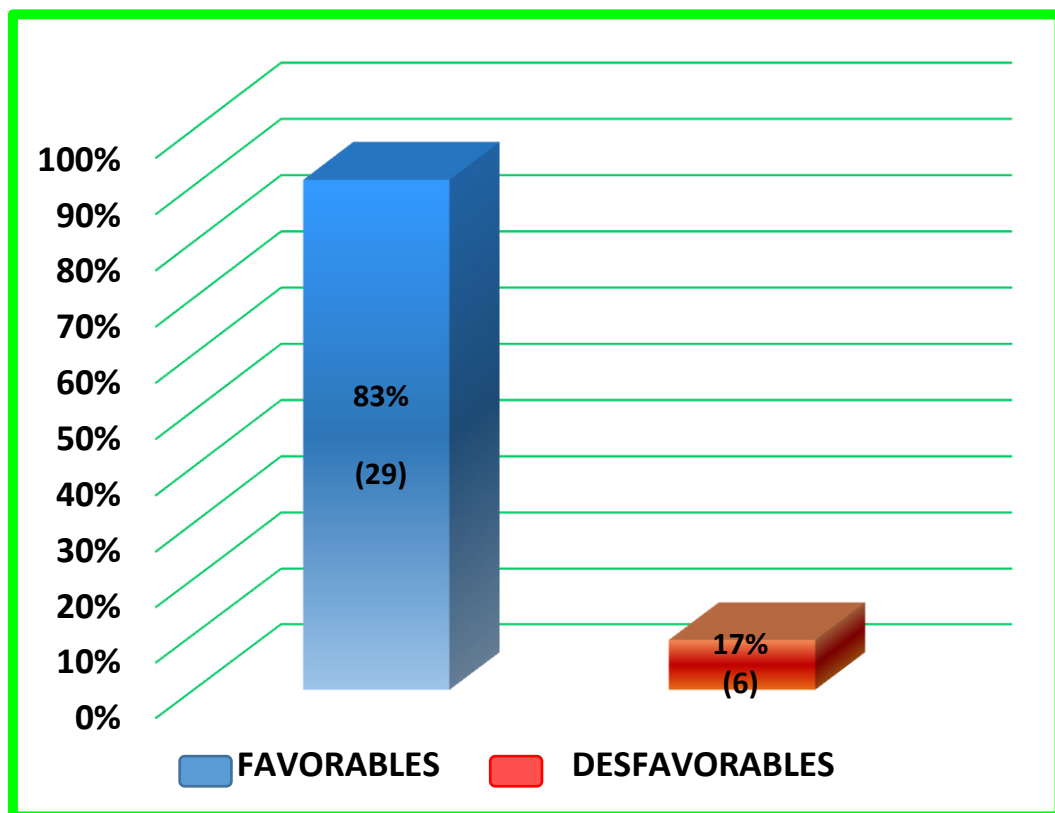


Fuente: cuestionario de conocimientos sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía aplicado a los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2017.

En el grafico N°4 se observa que del 100% (35) de los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, el 9% (3) NO conocen la definición de cuidado en el proceso de agonía, el 34% (12) NO conocen las normas del cuidado en el proceso de agonía, el 20% (7) NO conocen las necesidades fisiológicas, el 17% (6) NO conoce las necesidades espirituales y el 14% (5) NO conoce los necesidades psicoemocionales del paciente en proceso de agonía.

GRAFICO N° 5

ACTITUDES SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO SEGÚN LA DIMENSIÓN PROCESO DE AGONÍA EN ESTUDIANTES DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA INTENSIVA, 2017.

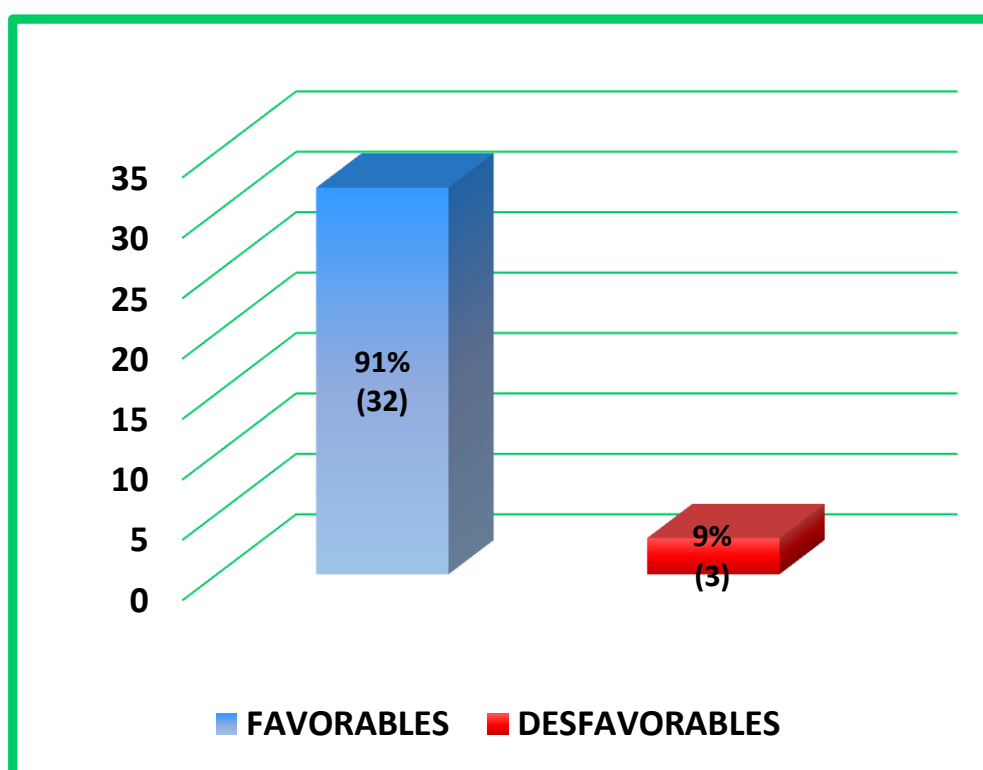


Fuente: escala de Likert sobre actitudes hacia el cuidado del paciente critico en proceso de agonía aplicado a los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2017.

En el grafico 5 se observa que del 100% (35), el 83% (29) de los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva, tienen actitudes favorables sobre el proceso de agonía y el 17% (6) actitudes desfavorables.

GRAFICO N° 6

ACTITUDES SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO
SEGÚN LA DIMENSIÓN CUIDADOS EN EL PROCESO DE
AGONÍA EN ESTUDIANTES DE LA SEGUNDA
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA INTENSIVISTA, 2017.



Fuente: escala de Likert sobre actitudes hacia el cuidado del paciente critico en proceso de agonía aplicado a los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2017.

En el grafico 6 se observa que del 100% (35), el 91% (29) de los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva, tienen actitudes favorables sobre el cuidado en el proceso de agonía y el 9% (3) actitudes desfavorables

4.2. DISCUSIÓN

El profesional de enfermería tiene, dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar este paso de transición de la vida a la muerte, tanto de los que padecen una enfermedad como de los seres queridos que lo rodean; se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo, pero surge la inquietud de conocer cuan preparado está este profesional acerca de la muerte y de las actitudes que deberá adoptar ante ella, siendo ellos quienes tienen una participación más directa, ya que son quienes satisfacen las necesidades inmediatas de estos pacientes.

La actitud es el motor que organiza, dirige y regula las disposiciones a la acción de la persona. Es la antesala directa de la conducta manifiesta. Al conocerlas y controlarlas se puede intervenir y orientar la acción humana o, al menos, pronosticar con certeza su dirección.

Es evidente que para brindar un óptimo cuidado al paciente en situación de enfermedad terminal, la enfermera tiene que fundamentar, su actividad profesional en un conjunto de conocimientos científicos, tecnológicos, humanistas y conductuales favorecedores hacia la persona que requieren su ayuda profesional, ese cuidado es considerado como un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente, requiere ayuda para satisfacer sus necesidades vitales, y esto se hace evidente la presente investigación donde el 83% (29) de licenciados de enfermería estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva, conoce los cuidados del paciente en proceso de agonía y concuerda con Hernández (2014) que concluye que “El 80.49 % del personal tiene conocimiento sobre los cuidados paliativos.

En consecuencia, el cuidado ocurre en aquellas situaciones donde hay disminución y/o pérdida de la autonomía de la persona para poder hacerlo por sí misma; esto exige a la enfermera asumir actitudes favorables que demuestren preocupación por el estado de salud de la persona enferma, en este caso en proceso de agonía.

Estos cuidados están dirigidos a la satisfacción de sus necesidades, brindándoles una mejor calidad de vida encaminados al control de los síntomas fisiológicos así como los aspectos espirituales y psicoemocionales. Es un compromiso ético el no abandonar a un enfermo en el recorrido de su enfermedad sin importar cuál sea su consumación; asegurándonos que al final de su vida el paciente moribundo tenga una mano amiga con calidad humana; que le permita morir en compañía, calmándole sus síntomas y mitigando sus temores.

Yura y Walsh en 1978 conciben la acción de enfermería en el paciente moribundo como una labor enfocada al servicio del hombre como un todo y dice: “La enfermera(o) brinda al moribundo ayuda compasiva y misericordiosa.

Esta actitud debe provenir del profundo sentido de su quehacer y su madurez, sensibilidad y confianza, serenidad, pertenencia y todas las cualidades morales que deben distinguir para que esta ayuda no aparezca como algo pasiva; por el contrario ser compasivo y misericordioso exige de sí mismo conocimiento, integridad y sentido de trascendencia”.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), declara que los objetivos de los cuidados a los pacientes moribundos son: -

- ✓ Dar atención integral al paciente y a su familia
- ✓ Alivio del dolor y otros síntomas.
- ✓ Reafirmar la importancia de la vida y ver la muerte como algo normal.
- ✓ Proporcionar sistemas de apoyo a los pacientes para que la vida sea lo más activa posible.
- ✓ Dar apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.
- ✓ Dar apoyo psicológico, social y espiritual.
- ✓ No acelerar y aplazar la muerte
- ✓ Aplicar una atención paliativa durante el proceso de la enfermedad junto a otras terapias de tratamiento activo.

En el estudio realizado se evidencia que el 91% (32) de los licenciados en enfermería, estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva, tiene actitudes favorables hacia el cuidado del paciente en proceso de agonía, el cual difiere con Jenny Álvarez (2010) concluyó que “en cuanto a la actitud del enfermero(a) hacia el proceso de la muerte de sus pacientes, 61,5% tienen una actitud de indiferencia, 20,5% aceptación y 18% rechazo”, la mayoría de los profesional de enfermería presenta una actitud de indiferencia. Por otro lado Larico (2010) concluye que la mayoría de los estudiantes de enfermería (62,16%) posee una actitud indiferente hacia el cuidado paliativo del paciente terminal. Y flores (2013) concluye que el mayor porcentaje de los profesionales de enfermería tiene una actitud de indiferencia hacia la atención del cuidado del paciente moribundo, referido a la dimensión fisiológica, espiritual y psicoemocional”.

Por la cual podemos deducir que según el pasar de los años los profesionales de enfermería han modificado la forma de actuar pensar y sentir ante el cuidado de la persona en agonía, debido a que actualmente se difunde con más énfasis este tipo de cuidados lo cual se demuestra en el estudio con los datos obtenidos, el 86% (30) de los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva, conoce la definición del proceso de agonía y el 66% (23) conoce los signos de los últimos días de vida.

El paciente en agonía tiene por definición una expectativa de vida corta y nuestro objetivo debe ser un control efectivo de los síntomas mejorando en lo posible su calidad de vida.

Es frecuente que en un paciente en agonía coexistan múltiples síntomas, que sean cambiantes, intensos y su origen sea debido a múltiples factores y que, además, causen en él un cierto grado de incapacitación, preocupación e impacto emocional, entre los problemas más frecuentes están el dolor, respiratorios, nutrición, eliminación, movilización, reposo y sueño, higiene, temperatura y seguridad.

La intensidad de los síntomas depende de muchos factores que rodean al paciente como la compañía, el afecto, la distracción, el ambiente, que pueden modificar la percepción y la sensación del dolor u otros síntomas. Por lo general, a medida que avanza la enfermedad, el número de síntomas y su intensidad se incrementan, los cuidados brindados deben estar adaptados a su situación, pronóstico, ubicación y es necesario establecer las prioridades de cada momento.

El profesional de enfermería desempeña un papel fundamental en el cuidado del paciente, el hecho de tener un contacto más continuo e intenso, implica que con frecuencia establezca relaciones de mayor cercanía y cordialidad, por consiguiente, la relación terapéutica es más eficaz.

Ruland Y Moore; refieren que la parte fundamental de la experiencia del final tranquilo de la vida de muchos pacientes es estar libre de sufrimiento o molestias sintomáticas. El dolor se considera como una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada con una lesión hística potencial o real. 57 Al respecto, Larico (2010) concluyó, en cuanto a la actitud hacia el Cuidado Paliativo del Paciente Terminal que “La mayoría de los estudiantes de enfermería (63,52%) posee una actitud indiferente hacia el cuidado paliativo del paciente terminal en la satisfacción de las necesidades fisiológicas. Por otro lado Mallma (2006) concluyó, que “Las enfermeras brindan ya solo al paciente moribundo cuidados físicos como son los requerimientos básicos para mantener la estabilidad y la vida, entre ellos: necesidades de agua, oxígeno, alimentos, eliminación, movilización, reposo, sueño, abrigo y alivio del dolor”, lo cual difiere con el presente estudio ya que el 86% (30), 83% (29) de los estudiantes conoce y brinda necesidades psicoemocionales y espirituales respectivamente, y se refleja en el 91% (32) de los estudiantes que tiene actitudes favorables hacia el cuidado del en proceso de agonía, el cual engloba los cuidados fisiológicos, espirituales y psicoemocionales.

El profesional de enfermería tendrá que tener una empatía constante, evaluar sus reacciones y comprender su enfermedad. El

cuidado espiritual que brinda el profesional de enfermería al paciente moribundo es una labor esencial e indispensable en todas las unidades de atención, especialmente en el área de cuidados intensivos.

Es necesario ayudarlo a descubrir la presencia del Dios Padre bueno y misericordioso que lo acompaña y le infunde valor, fe y esperanza. No es fácil humanizar la asistencia sanitaria, pues no basta con la voluntad de prestar un servicio de calidad, sino que es necesario un planteamiento conceptual además de las condiciones que lo hagan posible, porque la enfermera(o) se enfrenta con un gran desafío, el de ejercer su actividad en un entorno marcado por numerosas exigencias y diversos obstáculos para un enfoque de gestión dirigido a ofrecer cuidados científicamente válidos, culturalmente competentes, con calidez y seguridad, a personas que viven diversas experiencias.

La gran cantidad de tareas que se encomiendan a diario a este tipo de profesional, le convierten en una especie de máquina que se le programa para producir trabajo en masa, olvidando el sentido humanístico de la atención; por la diversidad de labores encomendadas, el fin de la atención se enfoca en sacar cantidad, olvidando en muchas ocasiones del significado de brindar un cuidado integral.

Al respecto Larico (2010), concluyó “que en la dimensión espiritual, la gran mayoría 77.03% presento una actitud de aceptación hacia el cuidado paliativo del paciente terminal,” con lo cual concordamos ya que el 94% (33) de los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva, tiene actitudes favorables hacia el cuidado del en proceso de agonía en su dimensión espiritual, los cuales difiere con Flores (2013) que concluye que la actitud del profesional de enfermería del servicio de emergencias del HNHU hacia los cuidados del paciente moribundo en su dimensión espiritual el mayor porcentaje es de indiferencia, referido a que consideran que no es importante el apoyo espiritual ni indagar sobre las creencias religiosas del paciente moribundo.

A nivel psicoemocional el enfermo terminal es un ser fatigado, hipersensible, inseguro, dependiente. En su actitud de rechazo puede adoptar posturas contradictorias: resignación, heroísmo, rebelión, angustia, superación. Muchas son sus necesidades: necesita acogida y atención, estar acompañado y ser tratado con amabilidad, escuchado y comprendido; sentirse útil, ser respetado y protegido, estar informado sobre el proceso de su enfermedad y participar activamente en las decisiones frente a la vida; conocer sus gustos y aficiones, apoyarle empáticamente en la integración de esta nueva forma de vida.

Se considera que la audición es el último sentido que desaparece; en consecuencia, aunque el paciente no pueda responder, suele comprender lo que dicen las personas. Cuando se habla a un paciente moribundo, debe hacerse con claridad y con voz normal. Hay que evitar el murmullo, porque puede inquietar al paciente que se da cuenta que están hablando y no obstante es incapaz de comprender lo que dicen. El profesional de enfermería debe estar presente en estos detalles que los familiares no tienen en cuenta, y sin querer, le están produciendo al familiar una situación de angustia y sufrimiento.

Por otra parte, ante la creciente utilización de las tecnologías en todas las áreas de la salud, y dado que la Enfermería forma parte de este grupo, no escapa a la influencia de la ciencia, y por tanto a la utilización de una serie de instrumentos tecnológicos puestos al servicio de la disciplina. Es común en la práctica diaria de los(las) profesionales en esta área, la utilización constante de monitores cardíacos, esfigmomanómetros digitales, termómetros laser, oximetrías de pulso, y una serie de aparatos eléctricos, que si bien han aligerado la atención, también han provocado un fenómeno muy común en los(las) usuarios(as) del fenómeno denominado “hambre de piel”.

En la prisa por colocar un instrumento, y bajo la cotidianidad y rutina de las acciones realizadas a diario, muchos de los profesionales en Enfermería han olvidado la importancia del contacto piel a piel; la

importancia de sacar un momento para sentarse al lado del usuario(a) y hablar de sus miedos, sus dudas, sus inquietudes, o simplemente el hecho de saludarles con una sonrisa al llegar al servicio en donde ellos(as) se encuentran.

Al respecto la investigación de Stefani Larico Barrientos (2010), concluyó “que en la dimensión psicoemocional, la mayoría de los estudiantes 56,76% presentó una actitud de indiferencia”, la cual concuerda con Flores (2013) que concluye que la actitud del profesional de enfermería del servicio de emergencias del HNHU hacia los cuidados del paciente moribundo en su dimensión psicoemocional el mayor porcentaje es de indiferencia referido a que consideran que dada la condición del paciente es irrelevante brindarle un ambiente de privacidad, así como mantener una comunicación, con los que diferimos ya que el 94% (33) de los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva, tiene actitudes favorables hacia el cuidado del en proceso de agonía en su dimensión psicoemocional.

Estos resultados contribuyen con el cuidado humanizado que nuestras futuras especialistas; irán al campo clínico con conocimientos eficientes y actitudes favorables para brindar cuidados al ser que necesita de nosotros, un paciente en proceso de agonía ya que la máxima potencia de la enfermería es el cuidado, y se cuida lo se ama y al cuidar uno se vuelve, más amoroso.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista en su mayoría conocen, el proceso de agonía, pero hay un porcentaje considerable que no conoce los signos de los últimos días de vida, lo cual limitara a esta población a identificar al paciente crítico en proceso de agonía.
- Los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista en su mayoría, conocen los cuidados del paciente crítico, en su dimensión cuidados en el proceso de agonía el cual están incluidos las normas del cuidado en el proceso de agonía, las necesidades fisiológicas, espirituales, psicoemocionales del paciente en proceso de agonía y ello nos indica que esta población actúa correctamente durante la atención del paciente crítico en proceso de agonía.
- Los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva, tienen actitudes favorables hacia el proceso de agonía, por lo cual deducimos que los cuidados hacia el paciente crítico en proceso de agonía son de calidad y calidez.

- Los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista en su mayoría, tiene actitudes favorables hacia los cuidados del paciente crítico en la dimensión cuidados en el proceso de agonía, el cual están incluidos las normas del cuidado en el proceso de agonía, las necesidades fisiológicas, espirituales, psicoemocionales del paciente en proceso de agonía y ello nos indica que esta población actúa con humanidad durante la atención del paciente crítico en proceso de agonía.

5.2. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio son:

- Que el programa de segunda especialización en enfermería intensivista formule estrategias de educación permanente orientada a actualizar y mejorar los cuidados al paciente crítico en proceso de agonía, profundizando las normas del cuidado necesidades fisiológicas en cuanto a la alimentación, eliminación y movilización del paciente en proceso de agonía.
- La enfermera (o) estudiante de la segunda especialidad de enfermería intensivista, debe brindar cuidado integral al paciente crítico en proceso de agonía, en forma esquematizada dentro del rol de actividades del turno, fortalecer los cuidados espirituales y psicoemocionales, adoptando así actitudes favorables ante el proceso de agonía del paciente crítico, cumpliendo así un rol protagónico durante la agonía del paciente
- Que se elabore protocolos de atención para este tipo de pacientes, que incluya, apoyo espiritual, psicoemmmocional y normas de visita al familiar del paciente en proceso de agonía.

5.3. LIMITACIONES

La limitación derivada del estudio está dado por:

Los resultados y conclusiones sólo son válidos para el programa de segunda especialización en enfermería intensivista de la Unidad de Post Grado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carmen, L. R. (11 de NOVIEMBRE de 2014). *CUIDADOS EN EL PROCESO AGÓNICO* . Obtenido de CUIDADOS EN EL PROCESO AGÓNICO : <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DCuidados+en+el+proceso+ag%C3%B3nico.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospital>
- Clemencia, U. A. (2014). Editorial: La Enfermera ante el Paciente Moribundo. *Actualizaciones en Enfermería*, vol 5.
- Coronel, J. E. (10 de julio de 2009). *Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa*. Obtenido de Guía de recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t91.pdf>
- González, P. (1981). *Las actitudes y sus cambios*. Obtenido de La Educacion de la Creatividad: http://www.biopsychology.org/tesis_pilar/t_pilar06.htm
- Grado, u. d. (2015). programa de segunda especialidad en enfermería. *prospecto*, 11.
- Guevara, B. (2007). Una aproximacion al perfil de la enfermera intensivista. *Revista Electronica de PortalesMedicos.com* , 1.
- Handle., B. (11 de JULIO de 2013). *Teoría General de las Actitudes* . Obtenido de Teoría General de las Actitudes : <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8906/02CapituloPartel.pdf?sequence=3>
- José Eulogio, G. G. (4 de Diciembre de 2008). *Afrontamiento de la muerte del paciente ingresado en UCI*. Obtenido de Aportación de Enfermería. Index de Enfermería: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1

- Linares, M. d., Martína, L. J., Alfaro, P. L., Muruamendiaraz, A. E., Coscojuela, M. M., & Erro, M. A. (2007). Cuidados del paciente al final de la vida: ayudas y obstáculos que perciben las enfermeras de Cuidados Intensivos. *ELSEVIER*, 3-14.
- Manuel, G. B., César, G. R., & Yolanda, V. A. (02 de febrero de 2006). *CUIDADOS EN LA AGONÍA, SÍNTOMAS REFRACTARIOS Y SEDACIÓN*. Obtenido de Última etapa de la enfermedad neoplásica progresiva: file:///D:/conocimientos/13092768_S300_es.pdf
- Plotquin, L. (2004). *Tesina para la materia: Problemática jurídica y bioética de la Muerte. Maestría en Aspectos Bioéticos y Jurídicos de la Salud. Universidad del Museo Social Argentino*. Obtenido de Agonia, muerte y cuidados paliativos: <http://muerte.bioetica.org/mono/mono33.htm>
- Radamar. (12 de Abril de 2010). *Conocimiento*. Obtenido de Metodologia de la Investigacion : <http://radamar.blogspot.es/1271076536/conocimiento/>
- Raúl, C. E., Jorge Raúl, C. C., & Luis Daniel, C. C. (2007). Cuidados Paliativos en la Unidad de Terapia Intensiva. *Revista de la Asociación Mexicana de Medicina y Terapia Intensiva Crítica* , 207-216.
- salud, M. d. (28 de JUNIO de 2005). NTN°031-MINSA/DGSP V.01. *NORMA TECNICA DE LOS SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS E INTERMEDIOS*. LIMA, LIMA, PERU.
- Yagüe Frías, A., & García Martínez, M. (28 de MAYO de 2010). *ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES*. Obtenido de ACTITUDES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA ANTE LOS PACIENTES: <https://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%204/terminales4.htm>

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

A. Matriz de consistencia	75
B. Operacionalización de la variable	79
C. Cuestionario de conocimientos	83
D. Escala de Likert de actitudes	88
E. Consentimiento informado	91
F. Tabla de Códigos	92
G. Tabla matriz de conocimientos	94
H. Tabla matriz de actitudes	96
I. Prueba Binomial	98
J. Confiabilidad del instrumento	99
K. Tabla de datos generales	103
L. Tabla de conocimientos sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.	104
M. Tabla de actitudes sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.	104
N. Tabla de conocimientos sobre el cuidado del paciente crítico según la dimensión proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.	104
O. Tabla de conocimientos sobre el cuidado del paciente crítico según la dimensión cuidados en el proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.	105
P. Tabla de actitudes sobre el cuidado del paciente crítico según la dimensión proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.	105
Q. Tabla de actitudes sobre el cuidado del paciente crítico según la dimensión cuidados en el proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.	105

ANEXO A

MATRIZ DE CONSISTENCIA “CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL CUIDADO DEL PACIENTE CRITICO EN PROCESO DE AGONIA EN LOS ESTUDIANTES DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA INTENSIVISTA 2017”.

TITULO	PROBLEMA DE INV.	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	TIPO DE INV.	INSTR. DE COLECTA DE DATOS.
“conocimientos y actitudes sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista a 2017?”.	<u>PROB. GENERAL</u> ¿Cuáles son los conocimientos y actitudes sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista 2017?	<u>-OBJETIVO GENERAL</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar los conocimientos y las actitudes sobre el cuidado del paciente crítico en los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017. <u>-OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar los conocimientos sobre el proceso de agonía en los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista. ➤ Identificar los conocimientos sobre cuidados en el proceso de agonía en los estudiantes 	<u>GENERAL:</u> <u>HI</u> Al tener Conocimiento sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía, en la unidad de cuidados intensivos, los estudiantes de la segunda especialidad	<u>VARIABLE:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimientos de los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva - UNMSM sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía, en la unidad de cuidados intensivos • Actitudes de los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva - UNMSM sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de 	De acuerdo con los objetivos planteados en el estudio fue de tipo cuantitativo, porque permitió asignar un valor numérico a la variable de estudio. Nivel aplicativo, ya que parte de la realidad para luego modificarla. Método descriptivo simple de corte transversal porque	Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la Entrevista y como instrumento: un Cuestionario estructurado para determinar los conocimientos conformado por 14 preguntas con 4 alternativas; a la vez se aplicara una Escala de Likert para determinar las actitudes

		<p>de la segunda especialidad de enfermería intensivista.</p> <p>➤ Identificar las actitudes sobre el proceso de agonía en los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista.</p> <p>➤ Identificar las actitudes sobre los cuidados en el proceso de agonía en los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista.</p>	<p>de enfermería intensiva - UNMSM presentan actitudes favorables.</p>	<p>agonía, en la unidad de cuidados intensivos</p>	<p>permite presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.</p>	<p>conformado por 14 enunciados con 4 alternativas, los cuales serán sometidos a validez de contenido y constructo mediante el Juicio de expertos.</p>
--	--	---	--	--	--	--

MARCO TEÓRICO	POBLACIÓN Y MUESTRA	JUSTIFICACIÓN	LIMITACIONES
<p>1.-ANTECEDENTES:</p> <p>2.- BASES TEÓRICAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento 2. Actitudes 3. Proceso de Agonía <ol style="list-style-type: none"> A. Paciente critico en proceso de agonía B. Signos de los últimos días de vida 4. Cuidado del paciente critico en proceso de agonía <ol style="list-style-type: none"> A. Normas generales de los cuidados en la agonía B. Necesidades fisiológicas C. Necesidad espiritual D. Necesidad psicoemocional 5. Unidad de cuidados intensivos 6. Profesional de enfermería en la unidad de cuidados intensivos 7. Perfil estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva - UNMSM 	<p>POBLACIÓN:</p> <p>N = 35</p> <p>ESTUDIANTES DEL II Y IV SEMESTRE DE LA SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA INTENSIVISTA – UNMSM 2017</p>	<p>La Enfermería, como disciplina científica y como profesión al servicio de la humanidad, tiene el compromiso de contribuir para mejorar las condiciones de vivir y de ser saludable. Esa idea puede ser facilitada por el desarrollo de la consciencia del cuidado presente en la práctica, en la enseñanza, en la teorización y en la investigación.</p> <p>La relevancia del estudio radica en poner de manifiesto los conocimientos y actitudes presentes en las alumnas de la segunda especialidad de la UNMSM sobre el cuidado del paciente crítico en agonía durante su práctica profesional en las unidades de cuidados intensivos que pudiesen condicionar su asistencia dentro de las unidades de cuidados críticos, con el fin de contribuir a prestar unos cuidados íntegros que garanticen la cobertura de las necesidades no solamente biológicas, si no psicológicas y sociales que se presente durante la agonía del paciente; tanto en el paciente como su familia. A su vez la</p>	<p>Es difícil medir el nivel de conocimientos sólo con un cuestionario, pues muchas veces puede no reflejar el nivel alcanzado. No obstante es un instrumento bastante utilizado para evaluación de conocimientos en las carreras de ciencias de la salud.</p>

		<p>elaboración de dicho estudio facilitará información a las autoridades de nuestra casa superior de estudios de los conocimientos que poseen los estudiantes sobre el cuidado del paciente crítico en agonía y así poder incluir en el plan curricular dicho tema de importancia y a la vez realizar la autocrítica de los profesionales en cuanto a los cuidados con el fin de concienciarlos en cuanto a la influencia que puede llegar a prestar sus conocimientos y actitudes en la práctica asistencial.</p>	
--	--	--	--

ANEXO B

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INDICE	INSTRUMENTO
Conocimientos sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.	Conjunto de ideas, conceptos, hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida, como producto de la	Es toda información que poseen los estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensiva sobre el	PROCESO DE AGONIA	<ul style="list-style-type: none"> Definición de agonía Signos d los últimos días de vida 	1. Definición de agonía. 2. Señalar los signos de los últimos días de vida.	Conoce	cuestionario
			CUIDADOS EN EL PROCESO	<ul style="list-style-type: none"> Definición de cuidados enfermeros al paciente en agonía. Normas generales de 	3. Definición del cuidado al paciente crítico en proceso de agonía. 4. Señalar las normas generales de los cuidados en la agonía. 5. Cuidados sobre Respiración	No conoce	

	observación y experiencia del sujeto.	cuidado del paciente critico en proceso de agonía, el cual será obtenido a través de un cuestionario y valores de conoce y no conoce.	DE AGONÍA	los cuidados en la agonía. <ul style="list-style-type: none"> • Necesidades fisiológicas • Necesidades espirituales. • Necesidades psicoemocionales. 	6. Cuidados sobre Alimentación 7. Cuidados sobre Eliminación 8. Cuidados sobre Movilización 9. Cuidados sobre Reposo-Sueño 10. Cuidados sobre Higiene/Estado de la piel – Vestido 11. Cuidados sobre Temperatura 12. Cuidados sobre Seguridad 13. Cuidados espirituales 14. Cuidados psicoemocionales		
--	---------------------------------------	---	-----------	---	---	--	--

Actitudes sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017".	son predisposiciones para reaccionar favorable o desfavorablemente frente a un objeto a través de la experiencia la cual ejerce influencia directa o dinámica sobre el comportamiento	Son respuestas expresadas, que se evidencia en la forma de pensar, sentir, y predisposición de comportamiento para reaccionar favorable o desfavorablemente cuando brinda cuidado al paciente crítico en proceso de	<p>PROCESO DE AGONIA</p> <ul style="list-style-type: none"> Definición de agonía Signos de los últimos días de vida <p>Definición de cuidados enfermeros al paciente en agonía.</p> <ul style="list-style-type: none"> Normas generales de los cuidados en la agonía. <p>CUIDADOS EN EL PROCESO DE AGONÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> Necesidades 	<p>1. Actitud hacia que es el proceso de agonía.</p> <p>2. Actitud hacia los signos de los últimos días de vida.</p> <p>3. Actitud hacia que es cuidado al paciente crítico en proceso de agonía.</p> <p>4. Actitud hacia las normas generales de los cuidados en la agonía.</p> <p>5. Actitud hacia la valoración del patrón respiratorio.</p> <p>6. Actitud hacia los cuidados sobre Alimentación.</p> <p>7. Actitud hacia los cuidados</p>	<p>Totalmente de Acuerdo .</p> <p>De Acuerdo .</p> <p>Desacuerdo.</p> <p>Totalmente</p>	Las Actitudes se medirán a través de la Escala de Likert.
---	---	---	--	---	---	---

		agonía el cual será obtenido a través de una escala de Likert y valores de totalmente de acuerdo, de acuerdo, desacuerdo, totalmente desacuerdo.		<p>fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Necesidades espirituales. • Necesidades psicoemocionales. 	<p>sobre Eliminación</p> <p>8. Actitud hacia la movilización del paciente en proceso de agonía.</p> <p>9. Actitud hacia los cuidados sobre Reposo-Sueño.</p> <p>10. Actitud hacia el estado de higiene piel – Vestido.</p> <p>11. Actitud hacia los cuidados sobre Temperatura.</p> <p>12. Actitud hacia la Seguridad del paciente en agonía.</p> <p>13. Actitud hacia Cuidados espirituales</p> <p>14. Actitud hacia los cuidados psicoemocionales.</p>	Desacuerdo	
--	--	--	--	--	--	------------	--

ANEXO C



CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS

Creado por Melani Katalin Zarate flores

I. PRESENTACIÓN

Buen día, mi nombre es Melani Katalin, Zarate Flores, soy alumna de la segunda especialidad de enfermería intensivista de la UNMSM, el presente instrumento tiene como objetivo recolectar información de sus conocimientos sobre el cuidado del paciente crítico en proceso de agonía, en la unidad de cuidados intensivos. Por lo que solicito su colaboración a través de sus respuestas con veracidad y seriedad; expresándole que es de carácter anónimo. Agradezco por anticipado la participación en el estudio.

II. INSTRUCCIONES

Lea detenidamente y responda a todas las preguntas que a continuación se le presenta, marca con un (X) la alternativa que usted considere correcta.

III. DATOS GENERALES

• **Edad:**

a. 20 a 25 () b. 26 a 30 años () c. 31 a 40 () d. 41 a más ()

• **Sexo:**

Masculino () Femenino ()

• **Semestre en el que se encuentra:**

a. I semestre () b. II semestre () c. III semestre () d. IV semestre ()

• **Tiempo de servicio como enfermera (o) asistencial:**

a. 1 a 3 años () b. 4 a 6 años () c. 7 a 9 años () d. más de 10 años ()

IV. ÍTEMS

1) La agonía se define como:

- a) El sufrimiento tanto para el paciente como para sus familiares y para los profesionales sanitarios que les atienden.
- b) El estado de dolor, lucha y sufrimiento que padecen las personas antes de morir de aquellas enfermedades en las que la vida se extingue gradualmente.
- c) La formulación de una respuesta terapéutica requiere la comprensión del fenómeno del sufrimiento y de los factores que contribuyen al mismo.
- d) El cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo.

2) Los signos de los últimos días de vida son excepto:

- a) Disminución de la presión arterial, pulso irregular y rápido, respiración superficial con pausas de apnea, percepción del dolor: puede exacerbarse o desaparecer, disnea, palidez,
- b) Pérdida del tono muscular, disminución de la ingesta, dificultad para la deglución, boca seca, nariz con aspecto afilado y ojos hundidos, alteración esfinteriana, livideces en zonas distales, cambios de la temperatura corporal con frialdad distal y fiebre
- c) Alteración del nivel de conciencia, somnolencia, desorientación, coma, agitación, alucinaciones, aparición de estertores
- d) Pérdida el oído y tacto.

3) El cuidado al paciente crítico en proceso de agonía se define como:

- a) Es el conjunto de actividades para acelerar el proceso de muerte.
- b) Un sistema de apoyo para ayudar al paciente a vivir activa y dignamente hasta su muerte.
- c) Es el conjunto de actividades, dirigido a controlar el dolor y otros síntomas, así como satisfacer las necesidades fisiológicas, espirituales y psicoemocionales, para ayudar al paciente a vivir activa y dignamente hasta su muerte.
- d) Es el conjunto de actividades, dirigido a controlar solo el dolor y otros síntomas.

4) Las normas generales de los cuidados en la agonía son, excepto:

- a) Dar prioridad al control de síntomas y al alivio del sufrimiento psicológico, espiritual y emocional del paciente y de la familia; ofrecer la posibilidad de recibir apoyo espiritual y religioso según la confesión o rito que practiquen.
- b) Evitar procedimientos diagnósticos o intervenciones innecesarias, dejar constancia en la historia clínica. Orden de no reanimación cardiopulmonar; brindar ambiente tranquilo, no disminuir el número de visitas.
- c) No comunicar la situación del paciente a su familia.
- d) Dar información sobre los trámites oportunos a realizar cuando se produzca el fallecimiento.

5) Los cuidados de enfermería ante cambios en el patrón respiratorio son excepto:

- a) Valorar la aparición de disnea, elevar el cabecero de la cama (30-40 °).
- b) Administrar oxigenoterapia y fármacos, según prescripción médica.
- c) Auscultar campos pulmonares, aspirar las secreciones localizadas en la orofaringe y boca.
- d) Favorecer la hiperventilación.

6) Los cuidados de enfermería ante alimentación del paciente en agonía son excepto:

- a) Administrar dieta en función de su nivel de conciencia.
- b) Retirar la dieta si fuera necesaria para evitar la broncoaspiración de contenido alimenticio.
- c) Identificar la aparición de sed (sequedad de mucosas o que el paciente así lo exprese).
- d) No es importante verificar el residuo gástrico.

7) Los cuidados de enfermería ante la aparición de Incontinencia y retención en el paciente en agonía son excepto:

- a) Valorar la presencia de globo vesical.
- b) Realizar sondaje evacuador.
- c) Mantener al paciente en pañales.
- d) administrar antidiuréticos.

8) Al movilizar al paciente en agonía se debe tener en cuenta... excepto:

- a) Comodidad

- b) postura preferida
- c) presencia o no de sintomatología propia de la enfermedad.
- d) No es necesario movilizarlo.

9) Los cuidados de enfermería ante la necesidad de reposo y sueño en el paciente en agonía son excepto:

- a) Proporcionar ambiente tranquilo, evitar ruidos innecesarios y facilitar el número de visitas respetando las decisiones familiares.
- b) En el caso del paciente consciente intentar planificar los cuidados y ajustar el tratamiento prescrito a los ciclos vigilia/sueño, favoreciendo el descanso nocturno.
- c) En el paciente semi-comatoso o con agitación importante, administrar el tratamiento farmacológico según prescripción facultativa, evitando el uso de sujeciones mecánicas ya que aumentan el nivel de agitación.
- d) En el paciente comatoso no es necesario evitar los ruidos, porque no lo perciben.

10) Los cuidados de enfermería ante la necesidad de Higiene/Estado de la piel en el paciente en agonía son excepto:

- a) Realizar la higiene de la boca con ayuda de cepillo infantil de cerdas suaves, para dientes, lengua y cavidad oral, torunda de gasa o dedo protegido con guante.
- b) Realizar la higiene de manera céfalo-caudal.
- c) No realizar limpieza de las fosas nasales para no mejorar la respiración y acelerar el proceso de muerte.
- d) Mantener la piel seca e hidratada, aplicar placas hidrocoloides y/o protecciones en prominencias óseas, si son necesarias y hacer cambios posturales teniendo en cuenta que prima la comodidad y no la prevención de las úlceras.

11) Los cuidados de enfermería ante la alteración de la temperatura en el paciente en agonía son excepto:

- a) En caso de fiebre evitar el uso de medidas físicas.
- b) La fiebre no causa molestia al paciente en agonía.
- c) En caso de hipotermia abrigar al paciente.
- d) Aplicar medicación antipirética prescrita.

12) Los cuidados de enfermería ante la seguridad del paciente en agonía son excepto:

- a) El estado confusional es frecuente en el enfermo agónico por ende no es necesario administrar tratamiento farmacológico y favorecer las restricciones mecánicas.
- b) Favorecer la sedación del paciente.
- c) Evitar en lo posible la sujeción mecánica por la sensación de ahogo que éstas producen al paciente.
- d) Usar barandas para prevenir caídas accidentales.

13) Los cuidados de enfermería ante las necesidades espirituales de paciente en agonía son excepto:

- a) No es importante conservar los objetos religiosos que pudiera tener el paciente moribundo
- b) Brindar apoyo espiritual al paciente en agonía, indagando sobre sus creencias religiosas.
- c) Dado el estado de agonía del paciente es importante informar al familiar la necesidad de un guía espiritual.
- d) Favorecer la realización de los ritos y ceremonias espirituales durante la agonía del paciente.

14) Los cuidados de enfermería ante las necesidad psicoemocional de paciente en agonía son excepto:

- a) Adoptar una posición de escucha y lograr el contacto visual con el paciente si es posible.
- b) Facilitar el contacto con el familiar
- c) Proporcionar alivio y establecer comunicación a través de un contacto cálido y humano; que transmita sentimientos de apoyo.
- d) Considerar la atención del paciente moribundo como parte de un cuidado rutinario y como una sobrecarga de trabajo.

ANEXO D



ESCALA DE LIKERT DE ACTITUDES

Creado por Melani Katalin Zarate flores

I. PRESENTACION

Buen día, mi nombre es Melani Katalin, Zarate Flores, soy alumna de la segunda especialidad de enfermería intensiva de la UNMSM, el presente instrumento tiene como objetivo recolectar información de sus actitudes sobre el cuidado del paciente critico en proceso de agonía, en la unidad de cuidados intensivos. Por lo que solicito su colaboración a través de sus respuestas con veracidad y seriedad; expresándole que es de carácter anónimo. Agradezco por anticipado la participación en el estudio.

II. INSTRUCCIONES

A continuación se le presenta una lista de enunciados, cada una de ellas tiene 5 posibilidades de respuesta, marque con un aspa (x) la que usted crea correcta.

III. DATOS GENERALES

• **Edad:**

- a. 20 a 25 () b. 26 a 30 años () c. 31 a 40 () d. 41 a más ()

• **Sexo:** Masculino () Femenino ()

• **Semestre en el que se encuentra:**

- a. I semestre () b. II semestre () c. III semestre () d. IV semestre ()

• **Tiempo de servicio como enfermera (o) asistencial:**

- a. 1 a 3 años () b. 4 a 6 años () c. 7 a 9 años () d. más de 10 años ()

IV. ÍTEMS

- Totalmente de acuerdoTA
- De acuerdo..... A
- Desacuerdo.....D
- Total Desacuerdo.....TD

Nº	ÍTEMS	TA	D	D	TD
1.	Es la agonía el estado de dolor, lucha y sufrimiento que padecen las personas antes de morir de aquellas enfermedades en las que la vida se extingue gradualmente.				
2.	La pérdida del oído y del tacto son signos de los últimos días de vida.				
3.	Los cuidados de enfermería al paciente crítico en agonía están dirigidos a controlar el dolor y otros síntomas, así como satisfacer las necesidades fisiológicas, espirituales y psicoemocionales, para ayudar al paciente a vivir activa y dignamente hasta su muerte.				
4.	No comunicar la situación del paciente a su familia es norma general de los cuidados en la agonía.				
5.	Considera importante valorar el patrón respiratorio del paciente crítico en agonía.				
6.	Durante el cuidado paciente crítico en agonía, no es importante verificar el residuo gástrico, ya que su nivel de conciencia esta disminuida.				
7.	Es importante administrar antidiuréticos al paciente en agonía, cuando presenta retención urinaria.				
8.	Usted considera que no es necesario movilizar al paciente para no causarle más molestias.				
9.	Dada la condición del paciente crítico en proceso de agonía es importante brindarle un ambiente de privacidad.				

10.	Dada la condición del paciente crítico en proceso de agonía considero que su higiene es innecesaria.				
11.	En caso que el paciente crítico en agonía presente, fiebre es mejor evitar el uso de medios físicos, ya que este genera muchas molestias en él.				
12.	Ante la seguridad del paciente en agonía, se debe evitar en lo posible la sujeción mecánica, ya que esto le genera sensación de ahogo.				
13.	Me disgusta la realización de los ritos y ceremonias espirituales durante el proceso de agonía, porque interrumpe las actividades de enfermería.				
14.	Aun estando el paciente en agonía e inconsciente será importante proporcionar alivio y establecer comunicación afectiva a través de un contacto cálido y humano, que transmita sentimientos de apoyo.				

ANEXO E

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ a través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la Investigación titulado “Conocimientos y actitudes sobre el cuidado del Paciente Critico en Proceso de Agonía en estudiantes de la segunda Especialidad de Enfermería Intensivista, 2017”.

Habiendo sido informado (a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que se vierta en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigadora utilizara adecuadamente dicha información asegurándome de la misma confidencialidad

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimada (o) colega

La investigadora del estudio para la cual usted ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la misma confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudiquen en lo absoluto.

ATTE.

Lic. Enf. Melani Katalin, Zarate Flores
Autora del estudio

ANEXO F

TABLA DE CÓDIGOS

A. DATOS GENERALES

N°	PREGUNTA	CATEGORÍA	CÓDIGO
1	EDAD	a. 20 A 25 años	1
		b. 26 a 30 años	2
		c. 31 a 40 años	3
		d. De 10 a mas	4
2	SEXO	a) Femenino	1
		b) Masculino	2
3	SEMESTRE	a. I semestre	1
		b. II semestre	2
		c. III semestre	3
		d. IV semestre	4
4	TIEMPO DE SERVICIO	a. 1 a 3 años	1
		b. 4 a 6 años	2
		c. 7 a 9 años	3
		d. De 10 años a mas	4

B. DATOS ESPECIFICOS DE CONOCIMIENTO

N°	PREGUNTA	CATEGORÍA	CÓD.
1	La agonía.	Conoce No conoce	1 0
2	Los signos de los últimos días de vida.	Conoce No conoce	1 0
3	El cuidado al paciente critico en proceso de agonía.	Conoce No conoce	1 0
4	Las normas generales de los cuidados en la agonía.	Conoce No conoce	1 0
5	Los cuidados de enfermería ante cambios en el patrón respiratorio.	Conoce No conoce	1 0
6	Los cuidados de enfermería ante alimentación del paciente en agonía.	Conoce No conoce	1 0
7	Los cuidados de enfermería ante la aparición de Incontinencia y retención en el paciente en agonía.	Conoce No conoce	1 0
8	Los cuidados de enfermería ante la movilización	Conoce	1

	del paciente en agonía.	No conoce	0
9	Los cuidados de enfermería ante la necesidad de reposo y sueño en el paciente en agonía.	Conoce No conoce	1 0
10	Los cuidados de enfermería ante la necesidad de Higiene/Estado de la piel en el paciente en agonía.	Conoce No conoce	1 0
11	Los cuidados de enfermería ante la alteración de la temperatura en el paciente en agonía.	Conoce No conoce	1 0
12	Los cuidados de enfermería ante la seguridad del paciente en agonía.	Conoce No conoce	1 0
13	Los cuidados de enfermería ante las necesidades espirituales de paciente en agonía.	Conoce No conoce	1 0
14	Los cuidados de enfermería ante la necesidad psicoemocional de paciente en agonía.	Conoce No conoce	1 0

C. DATOS ESPECIFICOS DE ACTITUDES

ITEMS POSITIVOS

Nº Ítems	TA	A	D	TD
1	4	3	2	1
3	4	3	2	1
5	4	3	2	1
9	4	3	2	1
11	4	3	2	1
12	4	3	2	1
14	4	3	2	1

Total Acuerdo (TA) Acuerdo (A) Desacuerdo (D) Total Desacuerdo (TD).

ITEMS NEGATIVOS

Nº Ítems	TA	A	D	TD
2	1	2	3	4
4	1	2	3	4
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
10	1	2	3	4
13	1	2	3	4

Total Acuerdo (TA) Acuerdo (A) Desacuerdo (D) Total Desacuerdo (TD).

ANEXO G
TABLA MATRIZ DE CONOCIMIENTO

CODIGO DE ESTUNIA NTE	DATOS GENERALES				DATOS ESPECIFICOS														
	1	2	3	4	PROCESO DE AGONIA		CUIDADOS EN EL PROCESO DE AGONIA												
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	3	1	4	2	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
3	3	1	4	4	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	
4	3	1	4	2	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	
5	3	2	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	
6	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
7	4	1	2	4	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
8	2	1	2	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	
9	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
10	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
11	4	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
12	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
13	1	1	2	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
14	1	1	2	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	
15	3	1	2	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	
16	2	1	2	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	

CODIGO DE ESTUNIA NTE	DATOS GENERALES				DATOS ESPECIFICOS													
	1	2	3	4	PROCESO DE AGONIA		CUIDADOS EN EL PROCESO DE AGONIA											
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
17	2	2	4	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1
18	3	1	4	2	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1
19	2	1	4	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0
20	3	1	4	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1
21	3	1	4	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1
22	2	1	4	2	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
23	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
24	2	1	4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	2	2	4	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1
26	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	2	1	4	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
28	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
29	2	1	4	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
30	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
31	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
32	3	1	4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33	2	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
34	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
35	3	2	4	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1

ANEXO H

TABLA MATRIZ DE ACTITUDES

CODIGO DE ESTUNIA NTE	DATOS GENERALES				DATOS ESPECIFICOS													
	1	2	3	4	PROCESO DE AGONIA		CUIDADOS EN EL PROCESO DE AGONIA											
					+	-	+	-	+	-	-	-	+	-	+	+	-	+
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	2	1	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4
2	3	1	4	2	2	2	3	3	3	1	1	3	1	1	2	2	2	2
3	3	1	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	2	4	4
4	3	1	4	2	4	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	4	4
5	3	2	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4	3
6	2	1	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
7	4	1	2	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
8	2	1	2	1	4	2	3	3	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4
9	2	1	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
10	2	1	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
11	4	1	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
12	2	1	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
13	1	1	2	1	4	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4

CODIGO DE	DATOS GENERALES				DATOS ESPECIFICOS													
14	1	1	2	1	4	3	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2	2	4
15	3	1	2	1	1	1	3	3	3	2	3	3	2	1	1	1	2	3
16	2	1	2	1	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	4	4
17	2	2	4	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	4
18	3	1	4	2	2	2	4	2	2	4	2	4	4	4	2	2	4	4
19	2	1	4	1	4	4	4	4	2	4	4	4	2	2	4	4	2	4
20	3	1	4	1	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	4	4
21	3	1	4	1	4	3	3	2	3	2	2	2	4	4	4	4	4	4
22	2	1	4	2	2	2	3	3	2	2	2	1	1	1	3	2	1	2
23	2	1	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
24	2	1	4	1	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
25	2	2	4	1	4	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	4	4
26	1	1	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
27	2	1	4	2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
28	2	1	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
29	2	1	4	1	4	4	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	4	4
30	2	1	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
31	1	1	4	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
32	3	1	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
33	2	1	4	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
34	2	1	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
35	3	2	4	1	4	4	4	4	2	4	3	2	4	2	3	3	3	3

ANEXO I

Prueba Binomial: Validez Del Instrumento

Items	N° DE JUECES								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	0	0.03516
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
5	1	1	1	1	0	1	1	1	0.03516
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
7	0	1	1	1	1	1	1	1	0.03516
8	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
9	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
10	1	1	1	1	1	1	0	1	0.03516
11	1	1	1	1	1	1	1	0	0.03516
12	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
13	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391
14	1	1	1	1	1	1	1	1	0.00391

$$= \frac{\sum \text{valor de "p"}}{\# \text{ de ítem}} = \frac{0.1641}{10} = 0.01641$$

En estas preguntas se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final. Si $p > 0.05$ la concordancia es significativa.

Si=(1) No= (0)

ANEXO J

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD ALFA DE CROMBACH

ACTITUDES

CODIGO	DATOS ESPECIFICOS														PUNTAJE
	PROCESO DE AGONIA		CUIDADOS EN EL PROCESO DE AGONIA												
+	-	+	-	+	-	-	-	+	-	+	+	-	+		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	54
2	2	2	3	3	3	1	1	3	1	1	2	2	2	2	28
3	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	2	4	4	50
4	4	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	2	4	4	40
5	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4	3	49
6	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56
7	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	53
8	4	2	3	3	3	3	2	2	4	4	4	4	4	4	46
9	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56
11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56
12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56
13	4	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	44
14	4	3	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2	2	4	47
15	1	1	3	3	3	2	3	3	2	1	1	1	2	3	29
16	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	2	4	4	37
17	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	4	39
18	2	2	4	2	2	4	2	4	4	4	2	2	4	4	42
19	4	4	4	4	2	4	4	4	2	2	4	4	2	4	48
20	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	4	4	38
21	4	3	3	2	3	2	2	2	4	4	4	4	4	4	45
22	2	2	3	3	2	2	2	1	1	1	3	2	1	2	27
23	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56
24	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	54
25	4	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	4	4	41
26	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56
27	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	54
28	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56
29	4	4	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	4	4	43
30	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56
31	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56
32	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56

CODIGO	DATOS ESPECIFICOS														PUNTAJE
	PROCESO DE AGONIA		CUIDADOS EN EL PROCESO DE AGONIA												
	+	-	+	-	+	-	-	-	+	-	+	+	-	+	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	42
34	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56
35	4	4	4	4	2	4	3	2	4	2	3	3	3	3	45
VAR	0,66	0,87	0,31	0,74	0,67	0,83	0,70	0,66	0,84	0,99	0,71	0,97	0,72	0,30	

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

$$\alpha = \left(\frac{14}{13} \right) \left(\frac{57.71 - 9.96}{57.71} \right)$$

$$\alpha = (1.08) (0.83)$$

$$\alpha = 0.89$$

COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD KUDER RICHARDSON
CONOCIMIENTOS

CODIGO	DATOS ESPECIFICOS														PUNTAJE
	PROCESO DE AGONIA		CUIDADOS EN EL PROCESO DE AGONIA												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
2	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
3	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	11
4	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	9
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	11
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
7	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
8	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	10
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
13	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
14	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	9
15	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	6
16	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	6
17	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	10
18	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	7
19	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	9
20	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	8
21	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	9
22	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
24	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
25	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	10
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
27	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
29	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14

CODIGO	DATOS ESPECIFICOS														PUNTAJE
	PROCESO DE AGONIA		CUIDADOS EN EL PROCESO DE AGONIA												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
35	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	11
P	0,86	0,66	0,94	0,74	0,77	0,77	0,83	0,83	0,80	0,80	0,83	0,66	0,83	0,86	Var: 10,15
q=(1-p)	0,14	0,34	0,06	0,26	0,23	0,23	0,17	0,17	0,20	0,20	0,17	0,34	0,17	0,14	
p*q	0,12	0,23	0,05	0,19	0,18	0,18	0,14	0,14	0,16	0,16	0,14	0,23	0,14	0,12	2,18

$$Kr\ 14 = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum P*q}{V^2} \right)$$

$$Kr\ 14 = \left(\frac{14}{13} \right) \left(\frac{10.15 - 2.18}{10.15} \right)$$

$$Kr\ 14 = (1.08) (0.79)$$

$$Kr\ 14 = 0.85$$

ANEXO K

DATOS GENERALES

EDAD		
CATEGORÍA	Numero	Porcentaje
20 A 25 años	4	11%
26 a 30 años	19	54%
31 a 40 años	10	29%
De 40 a mas	2	6%
SEXO		
CATEGORÍA	Numero	Porcentaje
Femenino	31	89%
Masculino	4	11%
SEMESTRE		
CATEGORÍA	Numero	Porcentaje
I semestre	0	0%
II semestre	11	31%
III semestre	0	0%
IV semestre	24	69%
TIEMPO DE SERVICIO		
1 a 3 años	71	71%
4 a 6 años	6	17%
7 a 9 años	1	3%
De 10 años a mas	3	9%

ANEXO L

Conocimientos sobre el cuidado del paciente critico en proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.

Conocimiento sobre el cuidado del paciente critico en proceso de agonía		
CATEGORÍA	Numero	Porcentaje
Conoce	29	83%
No conoce	6	17%
TOTAL	35	100%

ANEXO M

Actitudes sobre el cuidado del paciente critico en proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.

Actitud sobre el cuidado del paciente critico en proceso de agonía		
CATEGORÍA	Numero	Porcentaje
Favorable	32	94%
No favorable	3	6%
TOTAL	35	100%

ANEXO N

Conocimientos sobre el cuidado del paciente critico según la dimensión proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.

Conocimiento de la dimensión proceso de agonía				
CATEGORÍA	conoce		No conoce	
	Nº	%	Nº	%
Concepto	30	86%	5	14%
Signos	23	66%	12	34%
TOTAL	35	100%	35	100%

ANEXO O

Conocimientos sobre el cuidado del paciente critico según la dimensión cuidados en el proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.

Conocimientos de la dimensión cuidados en el proceso de agonía										
	DEFINICION		NORMAS		N.FISIOLOGICAS		N. ESPIRITUALES		N. PSICOEMOCIONALES	
CONOCE	32	91%	23	66%	28	80%	29	83%	30	86%
NO CONOCE	3	9%	12	34%	7	20%	6	17%	5	14%
TOTAL	35	100%	35	100%	35	100%	35	100%	35	100%

ANEXO P

Actitudes sobre el cuidado del paciente critico según la dimensión proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.

Actitud sobre la dimensión proceso de agonía		
CATEGORÍA	Numero	Porcentaje
Favorable	29	83%
No favorable	6	17%
TOTAL	35	100%

ANEXO Q

Actitudes sobre el cuidado del paciente critico según la dimensión cuidados en el proceso de agonía en estudiantes de la segunda especialidad de enfermería intensivista, 2017.

Actitud sobre la dimensión cuidados en el proceso de agonía		
CATEGORÍA	Numero	Porcentaje
Favorable	32	91%
No favorable	3	9%
TOTAL	35	100%